

DOIS OLHARES: DO ENFERMEIRO E DO CLIENTE FRENTE À HUMANIZAÇÃO DA UTI DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ARAGUAÍNA - TO

TWO LOOKS: OF THE NURSE AND THE CUSTOMER AGAINST THE HUMANIZATION OF THE ICU OF A PUBLIC HOSPITAL OF ARAGUAÍNA - TO

Ana Ydelplynya Guimarães AMARO¹, Layane Gomes MADEIRA², Amina Muhamad Mota MUSTAFÁ³, Iara Brito Bucar OLIVEIRA⁴, Cristiano dos Santos COSTA⁵, Amanda Rocha MORTOZA⁶

¹ Mestre em Saúde Pública com Gestão em Sistemas de Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Especialização em Enfermagem do Trabalho, Pedagogia Hospitalar e em Saúde da Família. Graduação em Enfermagem. Graduação em Letras. E-mail: anaamaro²⁰⁰⁵@hotmail.com.

² Graduação em Enfermagem.

³ Graduação em Medicina pela PUC Goiás. E-mail: amina_mmm@hotmail.com.

⁴ Doutoranda em Ciências da Saúde pela USP/IPEN. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde - pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Especialista em Controle de Infecção Hospitalar (USP). Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde pela Universidade Federal de Goiás. Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Licenciatura em Enfermagem e Obstetrícia pela PUC (GO). Docente e Coordenadora do módulo do IESC e do Internato de Saúde Coletiva do Curso de Medicina do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos UNITPAC. Apresenta vasta experiência na Docência do Ensino Superior, atuando nos Curso de Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Programa de Saúde da Família, Enfermagem do Trabalho e outros. Membro Titular do Comitê de Ética e Pesquisa-CEP do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos UNITPAC.

⁵ Graduação em Enfermagem. Especialista em Urgência e Emergência. Coordenador Curso de Pós Graduação em Urgência e Emergência da FACIT.

⁶ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Graduada em Biomedicina pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás; desenvolveu pesquisa no Laboratório de Morfologia da Universidade de Brasília. Tem experiência em docência universitária e em laboratório de análises clínicas. Atualmente atua como docente e coordenadora da Comissão Própria de Avaliação da Faculdade de Ciências do Tocantins.

Resumo

A temática “Humanização” conduz à reflexão sobre condição humana, pois estamos vivendo e habituando-nos em um mundo onde se necessita, a cada passo, renovar os valores humanos. a humanização está voltada para o sentido da existência e essência do ser humano, em toda a sua dimensão. O objetivo geral foi compreender o processo de humanização na UTI de um hospital público no norte do Tocantins através da visão do enfermeiro e do paciente desta unidade. Nesse sentido, realizamos uma pesquisa de natureza bibliográfica, de campo, exploratória, descritiva, e qualitativa. Os procedimentos foram coletada de dados a partir de formulários e questionários preenchidos e respondidos por enfermeiros(as). Os resultados permitem concluir

que a humanização da assistência de enfermagem na UTI é de suma importância, pois esta unidade é vista como um local frio e desesperançoso e desperta uma imensidade de sentimentos, sensações e emoções como medo, ansiedade, depressão, tensão e angústias em todos que estão nesta unidade, na equipe de enfermagem, nos pacientes e em seus familiares. Ademais, a humanização na UTI minimiza os impactos causados pela internação na UTI, e influencia de maneira positiva na recuperação do paciente, e promove a satisfação profissional, mas para tal é necessário que, a equipe principalmente os enfermeiros utilizem a tecnologia aliada a empatia, a fim de proporcionar um cuidado seguro, responsável, ético e humanizado em uma realidade frágil, já que cuidar em unidades críticas é um ato de amor, a qual está vinculada motivação, comprometimento e a postura ética e moral.

Palavras-chave: Humanização; Enfermagem na UTI. Humanização da assistência de enfermagem na UTI.

Abstract

The theme "Humanization" leads to reflection on the human condition, since we are living and getting used to a world where, at every step, we need to renew human values. humanization is focused on the meaning of the existence and essence of the human being, in all its dimension. The general objective was to understand the process of humanization in the UTI of a public hospital in the north of Tocantins through the vision of the nurse and the patient of this unit. In this sense, we perform a bibliographic, field, exploratory, descriptive, and qualitative research. Procedures were collected from data from completed forms and questionnaires and answered by nurses. The results allow us to conclude that the humanization of nursing care in the UTI is of paramount importance, since this unit is seen as a cold and hopeless place and awakens an immensity of feelings, sensations and emotions such as fear, anxiety, depression, tension and anguish in all who are in this unit, in the nursing team, in the patients and in their families. In addition, humanization in the UTI minimizes the impacts caused by UTI hospitalization and positively influences patient recovery, and promotes professional satisfaction, but for this it is necessary that the team, especially nurses, use technology with empathy, in order to provide a safe, responsible, ethical and humanized care in a fragile reality, since caring in critical units is an act and love, which is linked with motivation, commitment and ethical and moral posture.

Keywords: Humanization; Nursing in the ICU. Humanization of nursing care in the ICU.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se que a humanização/humanizar tem se tornado uma temática explorada e pesquisada por diferentes áreas do saber principalmente pela enfermagem. A abordagem do tema “Humanização” conduz à reflexão sobre condição humana, pois estamos vivendo e habituando-nos em um mundo onde se necessita, a cada passo, renovar os valores humanos. Para a área da saúde este é um tema fundamental, considerando-se que se lida com os fenômenos existenciais como a saúde e a doença, desenvolvem-se ações de cuidado ao ser ao longo das etapas evolutivas, em momentos existenciais críticos, como nascimento, a doença e a morte.

Neste estudo o termo humanização é concebido como: atendimento das necessidades biopsicossocioespirituais do indivíduo tanto no contexto do trabalhador quanto do usuário. Nessa perspectiva, cada um deve ser compreendido e aceito como ser único e integral e, portanto, com necessidades e expectativas particulares.

Na humanização em UTI, onde se prestam cuidados a pacientes críticos, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, necessitam utilizar a tecnologia aliada à empatia, a experiência e à compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil. Pois a mecanização da assistência pode comprometer o atendimento humanizado, e a tecnologia, em alguns momentos, parece contribuir de forma pouco significativa para a prática do cuidado humanizado. Todavia, a busca de melhoria da qualidade da assistência contribui para que novos

modelos sejam adotados, nos quais o conceito humanização tem lugar garantido.

Cuidar em Unidades Críticas é ato de amor, está vinculado: a motivação, comprometimento, postura ética e moral, características pessoais, familiares e sociais. E o cuidado é um constructo amplo e complexo, sendo uma forma de estar - com, de perceber, relacionar-se e de preocupar-se com o outro ser humano em dado tempo e espaço compartilhados no face -a- face.

Entendemos que se todos os, profissionais de enfermagem, não se empenharem em prestar uma assistência mais “humana”, colocando-se na situação do “outro”, fragilizado, dependente, carente, a procura de um tratamento, de respeito, não poderá prestar uma assistência humanizada. Assim observamos que a maioria dos artigos estudados revela a dicotomia vivida pelos profissionais entre a teoria e a prática, apesar de assumirem que a humanização da assistência consiste em prestar um cuidado com respeito, atenção, diálogo com o paciente e família, a prática revela um trabalho, rotinizado, mecânico e desumano com o paciente e sua família, ainda que todos que trabalham nas UTIs tenham consciência da necessidade da assistência humanizada.

Nesse sentido percebe-se que a humanização está voltada para o sentido da existência e essência do ser humano, em toda a sua dimensão. E que a presença da tecnologia no atendimento de pacientes na UTI é plenamente justificada, necessária e indispensável, porém é preciso haver uma interação entre o cuidar e o curar, aliando a este o conforto e o bem estar.

Nesse contexto abordaremos algumas questões

fundamentais para contextualizar nossa pesquisa enfocando o que significa a humanização, envolvendo o cuidado humano à assistência de enfermagem, pois ela é indispensável para uma assistência humanizada, trataremos sobre a UTI, local onde se dará o desenvolvimento da nossa pesquisa, e seu avanço tecnológico ressaltando a sua influência sobre a prestação de uma assistência humanizada ao paciente, e por fim traremos ao leitor a importância de uma assistência humanizada ao paciente e família frente a situações difíceis como a morte e o morrer.

Assim o presente trabalho deve proporcionar ao leitor uma reflexão referente à humanização da UTI de um hospital público do norte do Tocantins, através de opiniões e experiência vividas pelos enfermeiros e pacientes da UTI, que serão coletadas a partir de formulários e questionários.

Nesse sentido, nossa pesquisa teve como objetivo geral compreender o processo de humanização na UTI de um hospital público no norte do Tocantins através da visão do enfermeiro e do paciente desta unidade. Como objetivos específicos temos: 1) Verificar as opiniões dos pacientes sobre as experiências vivenciadas no período de internação na UTI. 2) Investigar as opiniões dos profissionais enfermeiros que trabalham na UTI a respeito das intervenções que caracterizam a assistência humanizada. 3) Comparar a visão dos sujeitos pesquisados com literaturas recentes sob humanização em UTI. 4) Comparar a visão dos sujeitos pesquisados com a realidade vivida pelos mesmos, através de uma observação do cotidiano da assistência na UTI's.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Considerações Gerais sobre Humanização

Segundo Backes, Lunardi Filho & Lunardi (2006) a construção de um ambiente que ofereça um cuidado humano, solicita de todos os profissionais, o comprometimento profissional e afetivo desde o momento da internação do cliente no hospital, envolvendo as questões das condições materiais e organizacionais do acolhimento e as condições de permanência no hospital assim como as condições morais, técnicas e relacionais durante a estadia do paciente no ambiente hospitalar. Segundo Leite, Nunes & Beltrame (2006) apud Sousa & Reis (2007), o hospital, para ser humanizado na sua estrutura e construção física, deve se preocupar com sua localização, sendo de fácil acesso: se possível, longe de tráfego intenso, com proteção contra chuvas e ventos fortes em áreas descobertas. Espaços externos que ofereçam ao paciente/cliente tranquilidade e uma paisagem que não seja tão hospitalar.

Os mesmos autores ainda afirmam que a área interna deve gerar fácil locomoção, com placas que indiquem os vários setores dentro das instituições, para as pessoas internas, e para seus entes queridos nos momentos de visita; o local e tamanho de quartos, a temperatura do ambiente e as condições acústicas devem favorecer ao conforto. As cores das paredes internas do hospital são importantes e devem proporcionar tranquilidade para um cuidado mais humanizado, e estes fatores devem ser observados na estruturação do hospital. O hospital humanizado é aquele que contempla em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo

condições para um atendimento de qualidade (BACKES, LUNARDI FILHO & LUNARDI, 2006, p. 222).

Podemos compreender, com base em Prados & Santos (2008), que humanizar em saúde é o processo que busca oferecer ao paciente um tratamento que leva em conta a totalidade do indivíduo. E que a humanização hospitalar precisa de uma administração eficaz que tenha como filosofia o bem estar físico, psíquico, social e moral do paciente. Assim, segundo os autores acima citados, humanizar a assistência hospitalar requer considerar tanto a experiência e a expectativa do usuário quanto à experiência e satisfação pessoal e profissional da equipe de saúde, de forma a contribuir para a promoção de ações, campanhas, programas e políticas a partir dos dois lados.

Nesse sentido Matsuda *et al* (2007) entendem que para o enfermeiro oferecer uma assistência humanizada este precisa criar uma nova cultura, resgatando uma visão holística que cuide da dor e sofrimento humano nas suas variadas dimensões, físicas, psíquica, emocional, e espiritual.

O enfermo em uma instituição de saúde busca mais do que a cura ou o alívio. Ele busca preservar a vida, recuperar a saúde e o conforto emocional, ou seja, busca ser tratado de forma mais holística, com fraternidade e ética, mas que ajudar a garantir a vontade de viver (PRADO & SANTOS, 2008 p. 190).

Para Chaves *et al* (2007), a humanização vai além de palavras, pois ela está nos gestos de quem

cuida, e é percebida por todos os pacientes. Assim sendo, salientamos que para Prado & Santos (2008), o mais difícil é o fato da humanização constitui em um processo que precisa ser sentido, percebido, é como um resgate à subjetividade do paciente, mas como resgatar a subjetividade do paciente se a subjetividade do profissional se vê cada vez mais excluída. Com isso Matsuda *et al* (2007) ressaltam a necessidade da humanização do cuidador, pois o enfermeiro responsável pela liderança e organização de sua equipe durante o processo de trabalho, deve antes se sentir humanizado para depois humanizar os outros.

Segundo Salicio & Gaiva (2006) o ponto chave do processo de humanização está no fortalecimento da posição ética de articulação do cuidado técnico científico, já arquitetado, conhecido e dominado, ao cuidado que agrega a necessidade, a exploração e o acolhimento do inesperado, do incontrolável, ao indiferente e singular. De acordo com Chaves *et al* (2007), só podemos humanizar a assistência prestada ao cliente, partindo da nossa própria humanização, pois a humanização é intrínseca, e faz parte do ser humano. Serve como um instrumento que quando utilizado mostra o quanto crescemos como seres humanos, ou seja ou somos humanos ou desumanos. “A humanização dos serviços deve ser vista não enquanto um modismo, mas como uma questão que vai além dos componentes técnicos, instrumentais, que envolvem as dimensões político – filosóficas que lhe dão sentido” (CASATE & CORRÊA, 2005. *Apud* SALICIO & GAIVA, 2006 s.p).

Dessas acepções, podemos ressaltar que para Salicio & Gaiva (2006), a humanização é responsabilidade de todos, individual e coletivamente. Onde nunca será oferecida, é

preciso reconstruí-la em toda ação de saúde, realizadas em todos os aspectos burocráticos – administrativos e relacionais. A humanização na área da saúde é ir além da competência tecnocientífica - política dos profissionais, abrangerem o desenvolvimento de habilidades das relações interpessoais que precisam estar firmadas no respeito ao ser humano, à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos.

2.1.1. Conceito de Humanização

Segundo Ferreira (1993) *apud* Matsuda *et al* (2007) humanização é o ato de “tornar-se humano, humanar-se. Dar condição humana, tornar benévolo, afável, tratável, humano, compassivo. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; é civilizar”. De acordo com Delandes (2004), *apud* Salicio & Gaiva (2006), a humanização representa um grupo de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde, capaz de harmonizar a mais perfeita tecnologia disponível com a promoção de acolhimento, respeito ético e cultural ao paciente, ambiente de trabalho favorável ao adequado exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários.

Para Bolela & Jerico (2006), o conceito de humanização revela-se pela busca incessante do bem estar físico e psíquico e espiritual do paciente, família e equipe profissional.

Humanizar significa agir sobre a sua administração e o seu funcionamento, bem como a atitude do pessoal face ao enfermo, com o objetivo de proporcionar-lhe um ambiente físico e social tão agradável quanto possível,

ressaltando os dissabores inevitáveis de seu tratamento (MEZOMO, 1980 *apud* BOLELA & JERICO, 2006 s/p.).

Segundo Salicio & Gaiva (2006), humanizar consiste fundamentalmente, em tornar uma prática bela, por mais que ela trabalhe com o que tem de mais triste, degradante e doloroso referente à natureza humana, como ainda o sofrimento, a deterioração e a morte. Trata-se, portanto, da possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro. Bolela & Jerico (2006), entendem humanizar como uma ação que visa, essencialmente, tornar eficaz a assistência prestada ao paciente gravemente enfermo, considerando o mesmo como um ser biopsicosocioespiritual.

Segundo Salicio & Gaiva (2006), a humanização para os enfermeiros implica em oferecer cuidado integral ao paciente, englobando o contexto familiar e social, o ambiente de trabalho e a equipe de saúde. Os autores ainda afirmam que os enfermeiros relacionam o cuidado humanizado a um ambiente agradável e mais próximo da realidade do paciente, pois ele tem influência direta no bem-estar do cliente, família e da equipe de saúde. De acordo com Backes, Lunardi Filho & Lunardi (2006), humanização é muito mais que um artifício, uma técnica ou apenas uma intervenção. Significa estreitar relações inter-profissionais, que possibilitem aos trabalhadores reconhecer a interdependência e a complementaridade de suas ações, permitindo que o coração, junto à razão, se manifeste nas relações de trabalho do dia-a-dia.

Segundo Salicio & Gaiva (2006), a humanização ainda está diretamente ligada, ao diálogo com o paciente e a sua família. A informação, orientação, dedicação, a identificação do paciente pelo nome,

com o intuito de personalizar e individualizar o cuidado. São elementos fundamentais para a humanização da assistência prestada.

Backes (2006) afirma que:

A humanização, no entender da equipe de humanização significa, fundamentalmente, criar um clima organizacional favorável ao atendimento do paciente. É um processo que não se resume no atendimento técnico e mecânico do paciente, mas na compreensão e cuidado do paciente como um todo (BACKES, FILHO & LUNARDI, 2006, p. 223).

De acordo com Matsuda *et al* (2007), desumanizar é o ato de desumanar, tornar cruel, é um conjunto de comportamentos, o qual não se leva em consideração o respeito e o bem estar de si e do outro.

2.2. Conceitos de Cuidado Humano

Carneiro (2008), explica que o termo cuidado deriva-se do antigo inglês “carion” e das palavras góticas “kara” ou “karon” que significa aflição, pesar ou tristeza. Como verbo “cuidar” significa “ter preocupação por” ou “sentir uma inclinação ou preferência” ou ainda, “respeitar/considerar” no sentido de ligação, de afeto, amor, carinho e simpatia. Segundo Boff (2008) é através do cuidado que o ser humano será moldado, lapidado. Daí a necessidade de nós desvelarmos em dedicação, ternura, empenando-se nos sentimentos mais nobre do coração de um homem. Com isso surge a responsabilidade, e a necessidade de olhar

para o outro como para si mesmo, e assim a preocupação em zelar pela criação mais perfeita e complexa realizada por Deus que é o ser humano.

Para Motta (2004), o cuidado significa preocupação e ocupação. É um processo complexo com uma abundância de significados, envolvendo paciente, família e os profissionais da saúde; pois o que se busca é compreender o respeito à liberdade e o compromisso com o ser humano. A necessidade do cuidar permeia todos os momentos críticos da vida: o nascimento, a doença e a morte. “Cuidado exige doação, estar próximo, preocupar-se e ter responsabilidade com o outro. É mais que um ato é uma atitude. E para tal é necessário alguns atributos, como conhecimento, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança, amor e coragem”(CARNEIRO, 2008. p. 392.)

Boff (2008) acredita que só há o encaixe do amor, quando se realiza o cuidado essencial. Assim, entendemos que sem o cuidado, poderemos deixar de demonstrar o que é ser um ser humano, pois o cuidar faz parte da especificidade humana, e é através do amor ofertado a outrem que damos vazão a essa afirmação. Assim dedicamos atenção e ternura á alguém, demonstrando que temos a capacidade de amar e sermos amados.

O Cuidar para Boff (2008) é considerado como desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. É através dessa perspectiva, na qual percebemos que só dedicamos cuidado a alguém, quando este se torna importante para nós, adquirindo assim um maior significado em nossa vida. Surgindo daí, a necessidade de exteriorizarmos os nossos sentimentos, visto que é cuidando do outro que faremos parte do seu destino, integrando assim em sua vida, nos

seus anseios, sensações, sofrimento, fazendo interiorizar as emoções do outro, já que o mesmo agora faz parte de nós.

“O cuidar é inerente ao ser humano, é sua essência, pois sem o cuidado, o homem deixa de ser humano, desestrutura-se, define-se, perde o sentido e morre.” (BOFF, 2008, p.34). Conforme Farias, Varela & Oliveira (2006), o cuidado humanizado significa tornar o ser humano único em diferentes situações e espaço, é oferecer uma assistência diferenciada e qualificada, não a doença, mas ao cliente enfermo. É ser ético, ter um envolvimento afetivo, é mostrar-se interessado no bem estar do cliente, proporcionando um ambiente agradável e favorável a sua recuperação.

“O Cuidado é na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência.” (BOFF, 2008. p.11). Segundo Backes, Lunardi Filho & Lunardi (2006), o significado do cuidado humanizado passa, então, indispensavelmente pelo resgate de todos os acontecimentos que fazem o ser humano único e especial nos diferentes espaços e situações em que se encontra, no sentido de prestar assistência ao cliente de forma humanizada valorizando o ser doente e não a doença.

Guareschi & Pinto (2007), referem que o cuidado humano na enfermagem vem sendo debatido e difundido ao longo dos anos, contrapondo o cuidado mecanizado procedente do avanço tecnológico, que instiga o enfermeiro a estar atualizado e observando o que se tem de mais moderno em equipamentos e manuseio dos mesmos. E conhecer os mais recentes achados dentro da área da saúde, mudando o foco de atenção que deve ser no ser humano. “O cuidado

é uma condição da humanidade, pois acompanha valores que direcionam a paz, ao amor e ao respeito. Mesmo sendo atributo do ser humano, na enfermagem é sua essência” (FARIAS; VARELA & OLIVEIRA, 2006, p. 1050).

2.2.1. Cuidar e Humanizar

Conforme Boff (2008), cuidar é muito mais do que fazer pelo outro. Pois abrange mais que um período de atenção, de zelo, ele representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento, afetuoso com o outro.

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude (...) um momento de atenção, de zelo e desvelo. Em outras palavras, uma atitude de ocupação, preocupação de envolvimento afetivo, que pertence à atividade do cuidado, que se encontra na raiz do ser humano, por ser ele o próprio cuidado singular e na sua essência (SHIRATORI et al, 2003 *apud* BOFF, 1999 p. 214).

Segundo Carneiro (2008), ao longo dos tempos a humanidade tem passado por várias transformações e o cuidar sempre esteve associado à vida das pessoas. Ainda segundo Carneiro (2008), as pessoas têm cuidado consigo mesmo, com suas plantas, animais, filhos, amigos, familiares. Assim, o cuidado existe a partir do momento em que a existência de algo ou alguém possui importância para o outro.

Para Boff (2008), a essência da humanidade encontra-se basicamente no cuidado. Carneiro (2008) refere que na área da saúde, especificamente na enfermagem, o cuidado

existe desde a origem da sua profissão, o qual sofreu inicialmente algumas influências religiosas e posteriormente do poder médico e em seguida da evolução tecnológica. Chaves *et al* (2007), explicam que resgatar o cuidado humanizado, faz nos refletir sobre a essência do ser humano, que inclui emoções, sentimentos, angustia, medos, e não apenas o aspecto biológico. Só é possível humanizar quando começamos a perceber o outro como um ser humano.

“Cuidar das coisas simples implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso” (BOFF, 2008, p. 96). Segundo Collet & Rozendo, (2003), *apud* Salicio & Gaiva (2006), quando se fala em cuidado de enfermagem ao ser humano, seja voltado para a assistência direta ou para as relações de trabalho, implica essencialmente no cuidado humanizado. Contudo é importante destacar que muitas vezes devido à sobrecarga imposta pelo dia-a-dia do trabalho, a enfermagem oferece uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva, esquecendo de humanizar o cuidado.

“O cuidado no contexto da humanização, precisa ser compreendido como um dever de cada pessoa e não um dever exclusivo de uma classe profissional, pois o poder de transformar pelo amor, pela compaixão e pelo cuidado não são dons especiais de uma seleta minoria.” (BACKES, FILHO & LUNARDI, 2006, p. 1058).

2.3. Conceito de Enfermagem

“A enfermagem tem sido descrita como a ciência do cuidado e do cuidado sua essência.” (LUNARDE & CELICH, 2006, p.619). De acordo com Motta (2004), a enfermagem é uma ciência, saberes e

habilidades humanísticas que favorecem e mantêm a saúde através de ações de cuidado, auxiliando assim as pessoas a superar os efeitos da doença como fenômeno social, existencial e cultural. Ainda segundo Motta (2004), a enfermagem é a arte é a ciência humana, que trabalha com experiências de seres humanos no processo de saúde-doença, mediadas por transações pessoais, científicas, estática e ética do cuidado humano. Já para Crossetti (2008) a enfermagem pode ser considerada como um conjunto de saberes e arte na área da saúde, uma disciplina humana do fazer, a qual necessita aliar-se ao avanço técnico – científico, às normas e rotinas, aos procedimentos e técnicas, à intersubjetividade, à presença autêntica e genuína, ao diálogo vivido e à disponibilidade de ajuda ao outro.

2.3.1. A Equipe de Enfermagem

Mussi *et al* (2007), salientam que entre os procedimentos básicos de uma equipe de enfermagem estão inseridos principalmente a humanização das ações realizadas durante o processo na assistência ao paciente, tratando-o com respeito, simpatia, gentileza, cuidando deste com delicadeza, cordialidade, carinho e atendendo assim de forma eficaz, suas necessidades físicas, emocionais e espirituais. De acordo com Salicio & Gaiva (2006), a equipe de enfermagem que atua em UTI torna-se muito mais exposta a um maior nível de estresse, visto que prestam uma assistência direta aos pacientes e a seus familiares, assim como em lidar com suas próprias emoções e conflitos. Entretanto, por outro lado, a equipe de enfermagem aprecia e se satisfaz no trabalho desempenhado na UTI, especialmente aquelas relacionadas à recuperação do paciente e seu retorno para o convívio familiar.

“A constante especialização dos profissionais associados ao reconhecimento social, o manejo da tecnologia e a detenção do conhecimento científico proporcionam esta favorecendo o surgimento de um contingente de enfermeiros que vêem como seu objetivo de trabalho o cuidar tecnológico e não mais a pessoa humana em sua complexidade.” (GOMES & OLIVEIRA, 2008, p.158). Mussi *et al* (2007), dizem que hoje é fundamental, ao profissional a obrigação de se identificar o paciente pelo nome, e de orientá-los, sejam estes pacientes, família e comunidade sobre hábitos de higiene, tratamento e cuidados de enfermagem recebidos, respeitando sempre sua individualidade e cultura.

Segundo Carneiro (2008), a enfermagem tem se afastado do cuidado ao paciente e tem dado primordial importância à execução dos afazeres técnicos. Chaves *et al* (2007) compreendem que os profissionais que trabalham na UTI afirmam estar preocupados com o choque e conseqüências da utilização em grande escala de recursos tecnológicos nessas unidades de terapias intensivas, pois a medida que aumentam a velocidade com que são produzidas e incorporadas as novas tecnologias, elas representaram um maior desafio no processo de uma assistência mais humanizada prestada pelos profissionais de saúde.

Podemos compreender ainda com os autores acima, que cabe a cada profissional, o desenvolvimento do bom senso, da sensibilização, do respeito e de se fazer com que os fatos sejam diferentes, onde haja, mais vivências e menos discursos.

Para que os profissionais de saúde/

enfermagem possam prestar uma assistência de qualidade e humanizada, se faz necessário ter sua dignidade e condição humana respeitada, recebendo uma remuneração justa, condições adequadas de trabalho e ter seu trabalho reconhecido e valorizado (BACKES *et al*, 2006 *Apud* SALICIO & GAIVA, 2006, s/p).

2.3.2. A Humanização da Assistência de Enfermagem

De acordo com Carneiro (2008), muitas vezes um profissional não é reconhecido tanto pela sua capacidade de puncionar uma veia, ou de realizar um procedimento, mas sim por sua capacidade de contagiar os outros, pela alegria que traz ao dizer um bom dia, pela capacidade de fazer com que as pessoas percebam, aceitem e queiram acreditar novamente que a vida vale à pena, precisando, apenas, ser vivida. Segundo Salicio & Gaiva (2006), quando se referem ao conceito de humanização, os enfermeiros focalizam o cuidado ao sentimento de respeito e dignidade do paciente. Admitem que cuidar humanamente consiste em tratar o paciente como gostaria de ser tratado.

A enfermagem deve atuar visando sempre o bem estar dos pacientes. Apesar disso, não podemos esquecer que o próprio enfermeiro e a sua equipe de trabalho também possuem necessidades e expectativas que devem ser atendidas de modo que o seu desempenho seja eficiente, mas, sobretudo, que o seu trabalho, os papéis e as ações que executam na

vida, façam-no se sentir humano e humanizado no mais amplo sentido do termo (MATSUDA *et al*, 2007, p. 286).

De acordo com Carneiro (2008), para o profissional enfermeiro promover um atendimento acolhedor ao paciente e seus familiares, não significa ter que gastar mais tempo. Mas sim fazer o bom uso das palavras, com expressões de carinho, segurança e conforto. É também necessário; tentar compreender, ser solidário, estar disponível, ter interesse pelo outro e ouvi-lo. Para Matsuda *et al* (2007), os enfermeiros são objetos do cuidar durante toda a vida. Durante as suas relações de trabalho, eles sofrem influência tanto positivas como negativas. As positivas levam a sentimentos de humanização que podem ser evidenciados pela solidariedade, doçura na assistência e as negativas são percebidas pela falta de respeito, e pelas manifestações de dureza, falta de ética, e em fim uma assistência desumana.

Assim, ainda segundo os autores acima citados, relatam que os profissionais enfermeiros ao falarem em humanização referem que o dia-a-dia de trabalho em UTI, é um trabalho estressante, cansativo e desgastante, não só pela sobrecarga de trabalho, mas também pelo grau de cuidado que os pacientes demandam. “A desumanização da equipe, por falta de condições de trabalho, provoca a desumanização do paciente, que deixa de receber os cuidados a que tem direito. Ainda dizem que cuidar de quem cuida é condição necessária para melhorar a qualidade do cuidado na UTI” (ROCKENBACH *apud* BOLELA & JERICO, 2006, s/p).

2.4. O Paciente da UTI

A concepção da valorização do usuário dos serviços de saúde é, sem dúvida, um desafio que necessite de coragem, compromisso e habilidade por partes de seus provedores. Assim o intuito da humanização e da manutenção da dignidade humana no processo deve ser considerado como direito inalienável (MATSUDA *et al*, 2000, *Apud* MATSUDA, SIVA & TILSOLINI, 2003, p. 165.).

Segundo Mussi *et al* (2007), os direitos do paciente estão garantidos pelos direitos humanos, pela constituição federal e pelo código de ética médica e profissional. Já que estes visam tornar mais humanizada a relação, profissional de saúde versus paciente para que tranquilamente sejam atingidas as metas de forma mais satisfatória, seja na prevenção de doenças e suas complicações, ou mesmo em melhorar a qualidade de vida de todos. Ainda de acordo com Mussi *et al* (2007), todos os pacientes possuem o direito a um atendimento mais humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Necessitando assim ser identificado pelo nome e sobrenome, visto que não deve ser chamado pelo nome de sua doença ou do agravo à saúde, pois isto demonstraria uma forma de tratamento imprópria, desrespeitosas ou até mesmo preconceituosas.

Segundo Salicio & Gaiva (2006) é fundamental se respeitar os direitos dos pacientes na prática de uma assistência em terapia intensiva, pois há fortes indagações dos próprios pacientes e familiares sobre a possibilidade de um maior diálogo com os próprios profissionais de saúde, tornando assim esta relação mais humanizada.

Os pacientes hospitalizados salvo raras exceções apresentam-se ansiosos, temerosos e, freqüentemente, depressivos durante a sua hospitalização, o que vem reforçar a responsabilidade dos profissionais pelo cuidado enquanto ser humano integral e não simplesmente pela parte do seu corpo considerada doente (BACKES; FILHO & LUNARDI, 2006, p.1058).

De acordo com Nascimento & Caetano (2003), os pacientes internados na UTI, sentem possivelmente de forma mais intensa, certos problemas peculiares ao ambiente. No momento da internação em uma UTI, os pacientes emergem sentimentos negativos como: frustração, mal-estar, medo, angustia e surpresa, por estar em um local jamais imaginado, ocasionando assim estes sentimentos. Ainda de acordo com os autores acima citados, os pacientes ao falarem sobre sua trajetória e vivencias durante a sua internação nas unidades de terapia intensiva, expressam que dentre os aspectos que provocam incomodo ao lembrar da UTI, os mais indesejáveis são as lembranças das sensações de medo da morte, da angustia em relação ao ambiente, o mal-estar, a falta de autonomia e a falta de informações, devido se encontrarem em uma situação desconhecida como a doença e seu tratamento.

2.5. A Família do Paciente da UTI

A família é um dos grupos primários e naturais de nossa sociedade, no qual o ser humano vive e consegue se desenvolver. Na interação familiar, que é prévia e social (porém determinada

pelo meio ambiente) configura-se precocemente a personalidade, determinando-se aí as características sociais, étnicas, morais e cívicas dos integrantes da comunidade adulta". (MILLANE & VALENTE, 2008, p. 240).

Para Carneiro (2008), é preciso que a equipe de enfermagem entenda, em conjunto com os pacientes e familiares, que a doença, a dor e o sofrimento constituem um processo importante de reflexão, aprendizagem e oportunidade para uma nova vida e para o processo de internação, melhorando assim o processo de cuidado prestado. Para Millane & Valente (2008) a família é um sistema de equilíbrio de três níveis: biológico psicológico e social, os quais estão inter-relacionados de forma natural, no qual o que ocorre com um vai gerar respostas no outro e vice-versa, de maneira compensatória, promovendo assim um equilíbrio homeostático entre a família, demonstrado através da união para defender de ameaças de ruptura por dor ansiedade, raiva e medo.

Lima & Santa Rosa (2008) nos levam a compreender que muitas vezes a presença de um familiar na UTI pode significar para o paciente um cuidado fraterno, porém esta pode sofrer com a incerteza da finitude da existência de seu ente querido, visto que este sofrimento pode ser evidenciado como insegurança, devido à perspectiva do futuro e até mesmo a possibilidade de morte. Nesse sentido Millane & Valente (2008), ressaltam que na internação de um dos membros da família na UTI, irá ocorrer uma desestruturação da família, junto a uma explosão de sentimentos internos que variam entre revolta, desespero, depressão, ansiedade e negação da realidade. Durante o

encontro da família na UTI há uma busca do reequilíbrio familiar, há um ajuste dos papéis de forma dinâmica, o qual se torna fundamental para o trabalho da enfermagem dando uma assistência humanizada, promovendo apoio e segurança para que haja a adaptação dessa família.

Lima & Santa Rosa (2008) afirmam que não é suficiente permitir a visita do familiar a UTI, pois é importante lembrar a necessidade de cuidá-lo, para potencializarmos nosso trabalho na enfermagem, já que será cuidando da família que teremos oportunidade de compreender as suas emoções, anseios, sentimentos através de seus gestos, falas, seus conceitos e limitações.

Segundo Oliveira, Santos & Silva (2003), o profissional de saúde precisa lembrar-se de que uma pessoa internada na UTI, não é sozinha, pertence a um grupo social, sendo o grupo mais importante o da família. Assim, a presença da família poderá constituir uma fonte de apoio importante para a recuperação do paciente. No entanto, é preciso interagir com essas pessoas com o objetivo de minimizar suas ansiedades e angústias, de modo a fazê-las participar ativamente da sua recuperação do seu ente querido.

Percebemos que, quando a família está esclarecida, tudo caminha de forma mais harmônica e, com certeza, no seu relacionamento com o paciente internado mostra-se segura e menos ansiosa. Por isso ressaltamos que a atuação da equipe multidisciplinar deve se dar ao nível da comunicação, reforçando um trabalho sistematizado (MILLANE & VALENTE, 2008, p. 241).

Contudo, Knobel et al, (1999) apud Salicio & Gaiva (2006) ressaltam que quando nos encontramos hospitalizados, com graves afecções este fato pode se tornar uma experiência estressante para os pacientes e familiares. Por isso, a assistência aos pacientes e familiares é vista como outro aspecto essencial no processo de humanização, visto que, quando um membro da família é internado, o equilíbrio e os papéis ocupados são afetados já que a doença grave poder vir a causar um desequilíbrio na dinâmica familiar. Segundo Salicio & Gaiva (2006) a presença do enfermeiro junto aos familiares deve possibilitar a troca de informações da evolução do paciente, por meio de uma comunicação efetiva, contribuindo para a identificação de dificuldades dos familiares e oferecendo o apoio necessário.

2.6. – Política Nacional de Humanização

Segundo o Ministério da Saúde (2008) a política nacional de humanização (PNH) pode ser entendida como o conjunto de princípios e diretrizes, pois estas se tornam um reflexo das ações nos diversos serviços de saúde, seja na prática ou mesmo nas instâncias do sistema.

O Programa Nacional de Humanização Hospitalar - PNHAH, foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 881, de 19 /06/ 2001, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). O PNHAH faz parte de um processo de discussão e implementação de projetos de humanização do atendimento a saúde e de melhoria da qualidade do vínculo estabelecido entre trabalhador da saúde, pacientes e familiares (SALICIO

& GAIVA, 2006, s/p.).

2008, p. 2).

De acordo com o Ministério da Saúde apud Sousa & Reis (2007), a Política Nacional de Humanização surgiu em 2003, como resultado de debates e questionamentos entre técnicos, gestores e profissionais da saúde atentos a real execução dos princípios do SUS, e do acesso universal, da integralidade da atenção e equidade na gestão de acordo com as necessidades de saúde da população brasileira. Segundo o Manual de Humanização (2008), humanização é garantir a palavra a sua dignidade ética, ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer do corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras expressadas sejam reconhecidas pelo outro, através do reconhecimento pela linguagem.

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma re-qualificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (SERRA,

E, por fim, Salicio & Gaiva (2006) relatam que a Portaria n.º 3432/98 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), estabelece os padrões para caracterização da humanização das UTI's e considera o ambiente físico, a assistência prestada aos pacientes e familiares e o relacionamento destes com a equipe de saúde como um aspecto importante e indispensável para a efetivação de uma assistência humanizada.

2.7. Fatores que favorecem a assistência humanizada

Para Silva (2008), o primeiro passo para favorecer uma assistência humanizada ao paciente crítico é cuidando de quem cuida, pois é fundamental para que este possa oferecer um cuidado terapêutico para os outros. Pois seria este o principal passo da ética do cuidado. Contudo, a valorização do profissional enquanto indivíduo biopsicossocial e uma maior motivação seja ela uma alimentação adequada, um local para descanso ou mesmo um salário justo. Matsuda et al (2007), afirma que para que ocorra a humanização entre profissional e cliente a equipe de enfermagem necessita ter em mente que o cuidar de si mesmo é primordial, pois implica em buscar a verdade, conhecer seus limites e suas capacidades. Outra medida importante que também favorece a humanização do cuidado é o inter-relacionamento entre a equipe que consiste no respeito à individualidade da pessoa. Afirma ainda que a satisfação profissional deva ser o primordial e indispensável fator para a promoção de uma assistência de qualidade e humanizada. Prado & Santos (2008) ressaltam que para que ocorra uma assistência humanizada centrada no cliente é necessário uma

administração eficaz que tenha como filosofia o bem estar do físico, psíquico, social e moral do paciente.

2.7.1. Fatores que interferem na Assistência Humanizada

Conforme Gomes, Lunardi Filho & Erdmann (2006), alguns fatores interferem na prestação da assistência humanizada são as condições de trabalho dos profissionais da enfermagem. E entre eles podemos destacar o avanço acelerado da tecnologia na área da saúde, a grande diversidade de procedimentos a serem realizados, a necessidade de estar sempre atualizando seus conhecimentos teóricos e práticos. De acordo com Silva in Cavalcante (2007) *apud* Sousa & Reis (2007), em relação ao ambiente hospitalar muito se tem discutido e publicado a respeito das condições inapropriadas de trabalho, pois expõem os mesmos, a riscos de todos os níveis, além disso, propiciam condições precárias a outros serviços. Tais condições estão relacionadas á atitude laboral hospitalar, pois possuem características especiais como trabalho noturno, alternância, horas extras, plantões e logo resultando em desgaste físico, sono insuficiente, levando assim a diminuição da capacidade cognitiva e de execução de tarefas, favorecendo a ocorrência de acidentes e até mesmo as doenças ocupacionais.

Para Leite, Nunes & Beltrome (2003) *apud* Sousa & Reis (2007), o cuidado humanizado está intimamente relacionado ao profissional que o executa, ao seu estado psicológico, físico e mental. Já que o cansaço físico, o número insuficiente de profissionais de enfermagem, as duplas e triplas jornadas de trabalho são fortes fatores desfavoráveis à prática do cuidado humanizado.

Segundo Gomes, Lunardi Filho & Erdmann (2006) a hierarquização e a dificuldade de circulação de informação, o ambiente físico, o estresse, o cansaço e o contato com o cliente, a dor e a morte como elementos que potencializam a carga de trabalho, ocasionando mal estar físico e mental da equipe de trabalho hospitalar, desfavorecendo assim a assistência humanizada.

Dessas acepções podemos perceber que para Leite, Nunes & Beltrome (2003) *apud* Sousa & Reis (2007), na maioria dos hospitais existem alguns aspectos que colaboram para que os hospitais sejam desumanos, como por exemplo; a falta de reposição de materiais quando danificados, a falta de programas para resolver os problemas como as longas filas de espera que geram desconforto, a ausência de profissionais qualificados. Fatores estes que tornam o atendimento cada vez menos humanizado.

2.8 – A Unidade de Terapia intensiva e a Humanização

De acordo com Millani & Valenti (2008) a UTI é um local de tomada de decisões e ações, rápidas, objetivando se possível a efetiva cura ou a salvação de vidas, sendo considerada também como o setor estruturado com suporte avançado de tecnologia e ciências médicas, visando um tratamento ao paciente com graves patologias por meio de um aparato científico, equipamentos sofisticados e técnicos altamente qualificados atendendo assim a complexidade de seus pacientes.

De acordo com Lima & Santa Rosa (2008) a UTI pode ser definida como o setor onde se reuni diversos serviços, entre seus profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares

de enfermagem, especialmente treinados e organizados, visando assim oferecer uma assistência ao paciente clínico e cirúrgico em estado crítico, objetivando, portanto minimizar a mortalidade através dos cuidados mais intensivos e da observação individual, sendo está contínua e integral, atendendo as necessidades do paciente.

Para Nascimento & Caetano (2003), a UTI é considerada como um local onde se presta assistência qualificada e especializada, independente dos mecanismos tecnológicos utilizados a serem cada vez mais avançados e capazes de tornar mais eficientes o cuidado prestado ao paciente em estado crítico. Afirma ainda ser um local ideal para o atendimento aos pacientes críticos e recuperáveis. A UTI é um dos ambientes hospitalares mais agressivos tensos e traumatizantes, pois além da situação crítica em que o paciente se encontra, existem outros fatores altamente prejudiciais a sua estrutura psicológica, como a falta de condições favoráveis ao sono, intercorrências terapêuticas freqüentes, isolamento e até mesmo risco de vida.

“A unidade de terapia intensiva tornou-se um local mais tenso, agressivo e traumatizante do hospital, por unir, em um só espaço, os pacientes críticos com possibilidade de morte.” (LIMA & SANTA ROSA, 2008, p. 548). Segundo Salicio & Gaiva (2006) a hospitalização em uma UTI, expõe o paciente a um ambiente hostil, com exposição intensa a estímulos dolorosos, onde a iluminação é contínua bem como procedimentos clínicos invasivos são constantes em uma rotina de cuidados da UTI. Os mesmo autores acima afirmam que o ambiente da UTI é caracterizado por um trabalho que envolve uma forte carga emocional, na qual a vida e a morte se misturam,

influenciando para um cenário cada vez mais desgastante e, frustrante.

Segundo Silva in Cintra, Nishide & Nunes (2008), o ambiente das UTI's é bastante estressante, por isso não podemos esquecer o grupo, pois o resultado de um bom trabalho depende da equipe como um todo. É importante saber o que se espera de cada profissional, encorajá-los e incentivá-los a realizar suas funções. E este trabalho é muito relevante já que sempre irão existir pessoas precisando de cuidados intensivos e de observação constante, sendo gratificante promover a recuperação e o bem estar físico e emocional do cliente e ter consciência de que cumpriu seu papel de cuidador de forma adequada.

“A UTI é vista como espaço de cuidar que tem aspectos positivos e negativos.” (LIMA & SANTA ROSA, 2008, p.551). Nascimento & Caetano (2003), afirmam que a UTI tem características próprias em sua estrutura física que alteram o emocional das pessoas nela tratada sendo área restrita; planta física comum o que faz com que os pacientes visualizem e o ouçam tudo o que ocorre ao seu redor; presença de equipamentos sofisticados; falta de janelas para visualizar o meio externo. Alguns especialistas são unânimes em assinalar que os fatores estressantes que existem na UTI provocam nos pacientes frequentes ações psicológicas, como o medo, a ansiedade, a insegurança e a depressão. Estas reações costumam reduzir ou mesmo anular os efeitos benéficos do tratamento intensivo.

Assim sendo, salientamos que Salicio & Gaiva (2006) afirmam que os fatores estressantes no afazeres da enfermagem são: o lidar com o sofrimento do paciente e da família, o fazer

específico da profissão (que requer agilidade, atenção e renovação de conhecimentos técnicos), a necessidade de improvisação, as questões de ordem burocrática, o inter-relacionamento com a equipe, o barulho constante dos aparelhos, a organização e as condições do trabalho na UTI. De acordo com Silva in Cintra, Nishide & Nunes (2008) trabalhar em uma UTI é viver diariamente a dúvida de até onde podemos ir, por que devemos fazer, a quem investigar e quando devemos parar, e mais ou menos conscientemente, refletir, se suprimos a real necessidade física, psicológica do paciente e ter a certeza de que não estamos só mutilando, destruindo o que constitui a sua essência humana e seu desejo mais profundo.

“Aprende-se que a UTI é um local de isolamento, de tratamento, onde os profissionais são afetuosos e dedicados e neste contexto, há mais intensidade, na sensação de ruptura e vínculo afetivo, consciência dos aspectos positivos e negativos deste espaço de cuidar.” (LIMA & SANTA ROSA, 2008, p.552). Com base em Bolela & Jerico (2006) a humanização em uma UTI nasce na tentativa de enriquecer a assistência prestada aos pacientes críticos seus familiares e as condições de trabalho da equipe multidisciplinar atuante nas UTI. Carneiro (2008) pergunta-se onde está a humanização, de um ambiente super frio, onde á falta de entendimento sobre as informações do estado de saúde de seu parente, onde a linguagem é muito difícil para leigos.

A humanização em UTI onde se presta cuidados a pacientes críticos, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, necessitam utilizar a tecnologia aliada a empatia, a experiência e a compreensão do

cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil. Cuidar em Unidades Críticas é ato de amor, o qual está vinculado: a motivação, comprometimento, postura ética e moral, características pessoais, familiares e sociais (SALICIO & GAIVA, 2006, s/p).

Assim, entendemos que a UTI pode ser vista como uma unidade que irá despertar uma imensidade de sentimentos, sensações e emoções: medo ansiedade estresse, depressão, tensão, angústia em todos que, no local estão equipe interdisciplinar, pacientes e familiares. Estes sentimentos são desencadeadores desde o momento da admissão do paciente na UTI, visto que a vida de alguém que muito amamos pode estar nas mãos de pessoas o quais desconheço já no paciente, pode gerar um sentimento de desamparo ao ser dependente de pessoas nas quais ele irar confiar á continuidade de sua vida.

2.8.1. A Tecnologia um Desafio para Humanização das UTIs

Segundo Silva in Cintra, Nishide & Nunes (2008) afirma que hoje não se questiona a existência de um local onde a tecnologia possa ser colocada á disposição da manutenção da vida humana, onde a observação possa ser tão constante e intensiva, que muitas situações limites passem a ser revertidas a favor da vida. O que se questiona é até que ponto o progresso científico técnico é saudável e promove o crescimento e a harmonização das pessoas. Ainda segundo Silva

in Cintra, Nishide & Nunes (2008), atualmente estamos vivendo um momento em que aquela que constitui a grandeza do homem, a cultura, a ciência e a tecnologia parecem se revoltar contra o homem. Em termos de desenvolvimento e a aprimoramento tecnológico, à proporção que os fatos atingiram são irreversíveis; não se tratando apenas de extinguir a tecnologia, pois a mesma em si não é maléfica e nem benéfica, mas sim depende de como a usamos.

Conforme Chaves *et al* (2007), ambientes como as UTIs são vistos por muitos como um setor pouco acolhedor, grosseiro e traumatizante, pelo fato de relacionarmos o mesmo a um parque terapêutico com máquinas que acolhem aqueles que sozinhos, não possuem a capacidade de executar suas funções orgânicas básicas.

A evolução dos hospitais junto com a tecnologia levou os profissionais a uma busca constante de especializações. Com isso a divisão do corpo passa à influência a enfermagem. Onde o enfermeiro começa a valorizar excessivamente a sofisticação tecnológica e o fazer técnico, objetivando a luta pela cura. Situação existente e muito observada em unidades de alta complexidade como as unidades de cuidados intensivos (CARNEIRO, 2008 p. 393).

Chaves *et al* (2007), explicam que mediante a essa grande quantidade de aparato tecnológico para possibilitar que o paciente permaneça vivo, não se deve esquecer que o cuidado dispensado ao paciente não se restringe somente ao tecnicismo, ele deve ser bem mais abrangente e acolhedor,

visto de maneira holística. Acreditamos que para o aprimoramento do atendimento humanizado, o enfermeiro um dos responsáveis pela efetivação do mesmo, deve ter habilidade de desenvolver um olhar voltado essencialmente ao cliente e depois para os conhecimentos técnico-científicos, para o aperfeiçoamento de suas ações.

Chaves *et al* (2007) esclarecem que a população associa a UTI com dor, angústia, sofrimento, clausura, com um aglomerado de equipamentos, sendo a morte o destino desses pacientes com enfermidade graves. Outro aspecto relevante dentro das UTI refere-se à tecnologia é a grande quantidade de ruídos produzidos pelos equipamentos, e a luminosidade continua produzida pelos mesmos. De acordo Carneiro (2008) o cuidado sempre esteve presente na história da humanidade, como uma forma de viver de se relacionar e como atividade leiga e religiosa, mas é necessário lembrar que a tecnologia e o curar não devem se sobrepuser ao cuidado a pessoa humana.

Chaves *et al* (2007), relatam que frente a realidade vivenciada hoje devemos ser conscientes que o tecnicismo não deve se impor ao ser humano, pertencendo assim, a equipe multiprofissional a responsabilidade de sensibiliza-se e oferecer um cuidado mais humanizado e individualizado, conduzindo a família, proporcionando a formação do vínculo que se encontra fragilizada pelo processo de hospitalização e tecnificação da assistência.

A tecnologia não deve interferir na assistência prestada. O fato de termos um monitor de última geração registrando a frequência cardíaca

a saturação de oxigênio durante os procedimentos executados, não dever reduzir o nosso poder de observação. Não devemos deixar de olhar como estar o paciente naquele momento (CHAVES *et al*, 2007, p. 438).

Tais afirmações vêm de encontro ao que queremos que a tecnologia deva ser usada de forma criativa e humana, servindo para melhorar nossa qualidade de vida. Segundo Collet & Rozendo, (2003) apud Salicio & Gaiva (2006) os desafios do processo de humanização da assistência e das relações de trabalho enfrentados, implicam na superação da importância dada à competência tecnocientífica, a superação dos padrões rotineiros, enraizados e cristalizados em produzir atos em saúde; a construção da utopia da humanização como um processo coletivo impossível de ser alcançado e implementado.

Um outro ponto crucial que merece ser re-pensado ao propor um cuidado mais humano diz respeito à formação profissional na área da saúde, que apesar de toda crise da ciência racionalista e das propostas de mudanças do modelo de atenção da saúde, que pregam a integralidade e a humanização da assistência, ainda hoje está centrada, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, muitas vezes sem o exercício da crítica, criatividade e sensibilidade (MINAYO, 2004 apud SALICIO & GAIVA, 2006, s/p).

Dessas acepções, Chaves *et al* (2007), explicam que humanizar a UTI é torná-la menos impessoal,

torná-la menos fria mais acolhedora e receptiva, onde os pacientes possam ser conhecidos não apenas pela patologia ou números de leitos, e sim por seus nomes, com cidadãos que apesar de fragilizados nos sensibilizam com a vontade de viver.

2.9. Comunicação Indispensável para a efetivação da Assistência Humanizada.

Stefanello (2005) refere que a comunicação é um processo de emitir, transmitir e de codificar mensagens. A maneira como essa mensagem será transmitida, poderá influenciar a qualidade da mensagem, de acordo com o tempo que poderá ser de curto, médio ou de longo prazo; podendo assim comprometer significativamente as relações entre as pessoas. “Nossa maneira de compreender as palavras foi como que embrutecida pelo uso, tornando-nos insensível para o seu sentido elas nos chocam, com verdade nos incomoda às vezes pelo brilho da sua luz.” (CROSSETTI, 2008 p. 548)

Segundo Oliveira & Gusmão (2008) a comunicação é fator principal na busca de uma assistência humanizada ao cliente. A enfermagem é basicamente um processo de interação humana, e a comunicação é a parte central desse processo, construindo-se em um dos instrumentos mais significativos no agir do enfermeiro. Os autores acima afirmam ainda que não há humanização sem comunicação, e que também não há comunicação se não houver humanização, teremos então como resultado final ao cliente a eficácia do atendimento ao cliente.

“A comunicação é um instrumento básico para o cuidar da enfermagem. É o meio pelo qual esses profissionais expressam o seu

cuidado.”(CARNEIRO, 2008, p. 392.). Inada & Silva (2006), explicam que a comunicação é fundamental para o cuidado e está vinculada a prática de enfermagem, no entanto ela é essencial para atender as necessidades humanas básicas afetadas para identificar e solucionar os problemas do paciente no intuito de compreendê-lo como um todo, ou seja, no seu modo de pensar, sentir e agir.

Crossetti (2008) compreende que a comunicação é uma maneira de demonstrar seu ser e existir no mundo, a qual se dá pelo diálogo no encontro ao cuidado. O ser que cuida precisa estar atento não só ao resultado (clínico – laboratorial) que será comunicado, mas também á maneira como será expresso, á gestualidade que acompanha este momento e nas palavras que serão emanadas, pois estas apresentam sentidos e conseqüentemente geram sentimentos diferentes para cada ser.

2.9.1. Formas de comunicação

2.9.1.1. Comunicação verbal

Stefanelli & Carvalho (2005) explicam que a comunicação verbal é uma das formas de linguagem que habitualmente usamos para nos comunicarmos, que se dá por meio de mensagens escritas e faladas. Pode ocorrer o envio de mensagens na forma não verbal sem a utilização da verbal, mas ao contrário é impossível.

2.9.1.2. Comunicação não verbal

“De certa forma, foi uma libertação para mim perceber o quanto as minhas emoções sempre estiveram á mostra. Saber que as pessoas haviam me compreendido, muito além daquilo que eu fora

capaz de lhes dizer, em palavras” (FLORA DAVIR *apud* SILVA, 2007, p. 45), Podemos compreender com base em Silva (2007) que a comunicação não-verbal é aquela na qual ocorre a interação pessoa-pessoa, ou seja, são todas informações obtidas através de gestos, posturas, expressões faciais, movimentos dos corpos, singularidades somáticas sejam elas naturais ou artificiais, a forma como os objetos estão organizados no espaço ou mesmo a distância adotada entre os sujeitos. Ainda segundo o autor acima citado a comunicação não-verbal é tudo aquilo que pode ter significado para o emissor ou receptor, exceto as palavras por elas mesmas.

2.9.1.3. O Tocar

“Não tenha medo. Apenas me toque” (DAVIS *apud* SILVA, 2007, p.89). Para Silva (2007) a táctica está relacionada ao tato, pois o tocar envolve o contato direto com o outro, fazendo parte da comunicação tátil, dos locais onde se tocam, da força ou pressão exercida no toque, ou até a idade e o sexo dos comunicadores. Podem também estar relacionadas com a cultura dos comunicadores, do espaço pessoal e até mesmo sobre suas expectativas de um relacionamento.

2.9.1.4. A linguagem do corpo: Cinésica

Segundo Silva (2007) está relacionada ao corpo, são as mensagens que o mesmo emite, através dos movimentos, gestos manuais meneios da cabeça, posicionamento ou mesmo movimentos dos membros e até as mais sutis expressões faciais, podem demonstrar algo que tentamos esconder, inclusive até mesmo o que ainda nem tomamos consciência.

2.9.1.5. A distância entre as pessoas: Proxêmica

Será aquilo que está relacionada com o espaço que o indivíduo delimita em seu ambiente, ou seja, é aquilo que o homem faz com o espaço, enquanto produto cultural específico, como por exemplo, a distância mantida entre sujeitos de uma interação. É muito importante ressaltar a sua relação com o espaço, pois a mesma pode indicar, dependendo da distância estabelecida entre os falantes, uma diferença de status, simpatias preferências ou mesmo a relação de poder.

2.10. A Importância de uma Assistência Humanizada frente a Situações Difíceis

2.10.1. A Dor

Nery, Pinheiro & Oliveira (2005), relatam que a dor é sentida de forma diferente entre os pacientes, o que nos leva a perceber que esta pode estar relacionada com as experiências vivenciadas de dor, de valores, expectativas culturais, emocionais e étnicas de cada indivíduo, envolvendo assim tanto os fatores fisiológicos quanto no psicológico. Para Budó et al (2007), a dor pode ser entendida como sendo uma experiência individual, não evidenciada apenas por características de lesões teciduais, mas também por vários fatores como, emocionais e culturais do indivíduo. Podemos então considerar a dor como um fator importante para a proteção e manutenção da vida, no sentido de mostrar algum dano, funcionando assim como fator biológico essencial e podendo ser manifestada de duas formas: involuntária e voluntária: sendo que a involuntária é considerada instintiva e a voluntária influenciada por vários fatores como biológicos, sociais e culturais.

Segundo Giannotti & Pizzoli (2004) apud Sousa & Reis (2007), não podemos considerar a dor como inimiga! Pois a mesma representa um fator importante na sinalização indicando que há algo errado e anormal no funcionamento do corpo. Entretanto a mesma pode gerar consequências na parte psicológica, como raiva, culpa ou depressão, e estas quando reprimidas podem vir a desencadear fatores emocionais desagradáveis como isolamento e solidão. De acordo com a Sousa & Reis (2007), o tratamento da dor é abordado hoje com um enfoque multidisciplinar ou multiprofissional, pois a sua complexidade é a principal vantagem dessa abordagem é a “individualização” do tratamento.

2.10.2. A Morte e o Morrer

Para Pinho & Barbosa (2008) a percepção da morte é com um fenômeno natural, difícil de ser abordado e vivido na impessoalidade, está presente cotidianamente na vida dos profissionais de saúde. Vale considerar que toda situação de perda gera sofrimento e transtornos ao profissional de saúde, independentemente do cuidado dispensado à pessoa. Para educar sobre morte e morrer é preciso refletir sobre o sentido da vida e do cuidar deve-se compartilhar sentimentos.

Lunardi & Celich (2006), afirmam que desde o início da civilização, a morte é um assunto que seduz e ao mesmo tempo causa temor na humanidade. Entretanto a mesma faz parte do ciclo natural da vida, pois está presente em nosso dia a dia, e se constitui assim em um assunto bastante polêmico, é muitas vezes evitado e não aceito por muitos.

O homem parece preferir falar sempre da vida, das coisas belas, fazer plano e sonho, em momento algum pensa em morte, que na verdade faz parte desta mesma vida, de sua evolução final. O fato de não conhecer quando e como vira, a morte encontra as pessoas despreparadas, pois prepara sua finitude nem sempre faz parte de seus planos (PINHO & BARBOSA, 2008, p. 243).

Lima & Santa Rosa (2008) relatam que há por parte dos familiares de pacientes críticos uma insaciável busca por sinais ou mensagens que revelem vida em seus entes queridos, ou mesmo a morte sem sofrimento. Contudo a mesmas assumem que essas mensagens são necessárias para enfrentar e admitir os limites humanos, independente do tipo de amor que desvelem por este ser que está próximo da morte, já que isto não impedirá que a mesma aconteça assim a enfermagem tentará transformar esse processo transformando-o em um momento solidário e mais humanizado.

Pinho & Barbosa (2008) cuidar de uma pessoa morta, já fria, muitas vezes exalando odor fétido e cheia de secreções, nos traz o medo e a certeza que um dia chegará nossa vez. E por isso retiramos o corpo da nossa frente o mais rápido possível. Ainda segundo o autor, falar de morte e do morrer incomoda muito o ser humano, e com a enfermagem não é diferente, uma vez que apesar de conviver diariamente, não se acostuma com a finitude humana.

A diferença entre o morrer e a morte é necessária porque o morrer está ocorrendo no ser humano a cada

momento e, dependendo da forma como é considerada, provoca angústia maior ou menor da morte, que significa a última página na história terrestre de todo ser vivo. Este é um fato que, intelectualmente, se aceita, mas emocionalmente não, quando a morte acontece, não vem desprovida de um contexto emocional, ao representar a quebra de um vínculo com alguém que se goste ou não, que não estará mais no cotidiano dos viventes (LUNARDI & CELICH, 2006 p. 618).

Pinho & Barbosa (2008) afirmam que ao pensar na morte, esta leva-nos a lembrar seu poder maior relacionado á vida. Ela destrói, apaga lembranças e sonhos, quebra vínculos, desestrutura as pessoas, é traiçoeira, não tem dia, hora, mas tem o momento certo. Observamos assim a importância da assistência humanizada nesse momento de atendimento, o que já é peculiar na formação de cada membro da equipe. Ainda segundo Pinho & Barbosa (2008), as normas, rotinas e a concepção mecanicista, bem como cuidado sistematizado influenciou o modo de assistir. Com o passar do tempo alcançaram o modo generalista, muitas vezes desumano e mecânico de cuidar do ser que morre. Por outro lado, o preparo do corpo não é um momento prazeroso para os profissionais.

Segundo Lunardi & Celich (2006), o importante é entender a morte não só como um fator biológico, mas compreendê-la em uma dimensão social. Pinho & Barbosa (2008) é certo que se deve ajudar de algum modo, mas não só com manobras e aparelhos, não precisando ser sábio, para procurar algo profundo para dizer

ou fazer naquele momento. É necessário para ajudar nessa hora, a presença do profissional, com uma boa percepção e o bom senso, são instrumentos necessários para ajudar o ser que morre. Essa atuação deve direcionar em nível de apoio, compreensão, suporte ao tratamento, entendimento de sentimentos, da doença em si, com vista no fortalecimento dos vínculos familiares. (MILLANI & VALENTTE, 2008, p. 241).

Segundo Pinho & Barbosa (2008) a partir destas reflexões, pode-se chegar à re- elaboração do significado de cuidar do homem que tem, entre seus vários horizontes de possibilidades, a única certeza é a morte. Contudo Lunardi & Celich (2006), ressaltam que a partir do momento que os profissionais de enfermagem desenvolvem a sua própria sensibilidade, os mesmos podem interagir de modo singular com os pacientes e seus familiares, pois o cultivo da comoção resulta em autenticidade e em auto crescimento e auto-realização. Pois a presença genuína, a solidariedade e sensibilidade humanística são qualidades que devem ser despertadas porque promovem um relacionamento de aproximação, de convívio e de diálogo, resultando assim na prestação de uma assistência humanizada.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

3.1. Tipos de Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa de natureza bibliográfica, de campo, exploratória, descritiva, e qualitativa. Para Marconi & Lakatos (2007), a pesquisa bibliográfica é a que especificamente interessa a este assunto. Trate-se de levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, e outros. Com a finalidade de

colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, o que permite ao pesquisador o esforço paralelo na análise de suas pesquisas.

De acordo com Barros & Lehfeld (2004) a pesquisa bibliográfica é realizada para tentar-se resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego de informações advindas de materiais gráficos, sonoros e informatizados. Ainda sendo os autores acima citados, essa tipologia de pesquisa além de ter grande eficiência, permite obter uma postura científica quanto à elaboração de informações da produção científica já existente. Ela também pode atender aos objetivos do pesquisador tanto como pode gerar a construção de trabalhos inéditos.

Para Marconi & Lakatos (2008), a pesquisa de campo é realizada com o objetivo de conseguir informações e conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar ou ainda, descobrir novos fenômenos ou relações entre eles. Segundo Barros & Lehfeld (2004) a pesquisa de campo é aquela onde o pesquisador assume a função de observador e explorador, colhendo os dados diretamente no local em que ocorreram os fenômenos. Esse tipo de pesquisa se caracteriza pelo contato direto com o fenômeno.

A pesquisa exploratória é realizada com a finalidade de proporcionar maiores informações sobre o assunto que vai se investigado; facilitar a delimitação do tema da pesquisa; orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque

para o assunto. Por meio da pesquisa exploratória, avalia-se a possibilidade de desenvolver um bom trabalho, estabelecendo-se os critérios a serem adotados, os métodos e as técnicas adequados (ANDRADE, 2008, p.5).

Barros & Lehfeld (2004) relatam que a pesquisa descritiva é aquela em que o pesquisador descreve o objeto da pesquisa, sem qualquer interferência. É a pesquisa onde se procura descobrir a frequência com que ocorre um fenômeno, sua natureza, características, causas, relações, e envolvimento com o fenômeno. A qual engloba dois tipos de pesquisa já acima citados a documental ou bibliográfica e a pesquisa de campo.

Para Brenner & Jesus (2007) a pesquisa qualitativa estuda as relações entre as variáveis, envolve a cientificidade dos fenômenos estudados. Ainda segundo esses autores, na pesquisa qualitativa, o pesquisador procura compreender as características e significados dos fenômenos, os significados que as pessoas dão à sua vida.

Pesquisa qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre o indicador e o indicado, entre ação e contexto (NEVES,1996, p.1).

3.2 – Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Referência de Araguaína, localizado na Rua 13 de maio, centro, Araguaína -TO, sendo este um órgão governamental de médio porte, centro de referência no atendimento de urgência e emergência para a cidade de Araguaína e Norte do estado do TO, como também Sul do PA e MA. Constituído por 12 unidades, com diversas especialidades, sendo a unidade de terapia intensiva, nosso objeto de estudo, com 10 leitos, e uma equipe de enfermagem constituída de 29 profissionais entre enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem.

Segundo Salicio & Gaiva (2006) a Unidade de Terapia Intensiva é o local preparado para atender pacientes graves ou potencialmente graves, possui assistência médica e de enfermagem especializadas, ininterrupta e altamente preparada, dispõem de tecnologia de última geração. Em relação à hospitalização nas UTI, a assistência passa a ser de superficialmente desumana, devido a UTI possui normas e rotinas que expõem os pacientes a um ambiente agressivo, com exposição contínua a estímulos dolorosos, bem como a procedimentos clínicos invasivos constantes.

3.3. População ou Universo da Pesquisa

Os nossos sujeitos de pesquisa foram 100% dos profissionais enfermeiros (a) da UTI do H.R.A. que correspondem a 04 profissionais, distribuídos nos turnos matutino, vespertino e noturno par e ímpar, e os clientes que estiveram internados na UTI, no mês de abril de 2009.

3.3.1 – Amostra

A amostragem compreendeu 03 clientes lúcidos e orientados que estiveram internados na UTI nos mês abril/2009, com tempo de permanência nesta unidade de 2 a 5 dias.

3.3.2.1. Critérios de inclusão relacionados aos profissionais

Foram incluídos os profissionais enfermeiros (a) da UTI do Hospital de Referência de Araguaína que:

- Atuem nesta unidade por um período mínimo de três meses.
- Atuem na assistência direta ao paciente e os que,
- Concordaram em participar da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Resolução 196/96).

3.3.2.2. Critérios de inclusão relacionados aos pacientes

Foram incluídos os pacientes que estiveram internados na UTI no mês de abril de 2009 que:

- Que estavam internados nas unidades de internação pertencentes ao HRA, exceto a UTI.
- Estes estavam no momento da coleta de dados lúcidos, orientados em tempo e espaço, possuíam capacidade de verbalização oral e /ou escrita, estavam com escala de Glasgow - 15.

- Concordaram em participar da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. (Resolução 196/96).

3.3.3.1. Critérios de exclusão relacionados aos profissionais

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que atuavam na unidade por um período inferior a três meses, e os que não aceitarem participar da pesquisa, ou desistirem da participação após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3.3.2. Critérios de exclusão relacionados aos pacientes

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que não apresentaram lucidez e capacidade de verbalização oral e /ou escrita, com escala de Glasgow inferior a 15, e os que não concordaram em participar da pesquisa, ou os que desistiram da participação após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4. Instrumento de Coleta de Dados

Utilizamos três instrumentos de coleta de dados que foram, a observação participativa, o formulário e o questionário. A observação participante foi utilizada com o intuito de compreender o processo de humanização na UTI. Observando assim até que ponto os enfermeiros (a) agiam de forma humanizada na assistência prestada ao paciente desta unidade. De acordo com Marconi & Lakatos (2008), a observação participante é onde o investigador tem contato direto com a realidade estudada, interagindo com ela.

O pesquisador “presencia o fato, mas não participa dele; não deixa se envolver pelas situações; faz mais o papel de espectador. Isso, porém, não quer dizer que a observação não seja consciente, dirigida, ordenada para um fim determinado. O procedimento tem caráter sistemático (MARCONI & LAKATOS, 2008, p. 195).

A observação foi realizada nos dias 26 e 27 do mês de abril mediante a autorização da responsável pela unidade e do enfermeiro da UTI, esta foi realizada antes da aplicação do questionário e do formulário, onde as duas pesquisadoras observaram de forma participativa, durante 02 horas diárias na UTI, no início de cada turno da manhã, tarde e noite (impar e par consecutivos). Durante o período de observação nos pesquisadoras observamos a comunicação entre enfermeiro/paciente /família, os cuidados com a dor, e a existência de um cuidado humano, com carinho, o toque e o olho no olho, entre outros fatores que envolvem a assistência humanizada.

O questionário de pesquisa, foi empregado para os profissionais enfermeiros contendo sete questões subjetivas e recolhidos após três dias, e o formulário foi empregado aos pacientes contendo seis questões sendo uma objetiva e cinco subjetivas, que foram estruturadas com o intuito de compreender o processo de humanização da UTI do HRA, através das opiniões dos enfermeiros (a) acerca das intervenções realizadas pelas mesmas, e opiniões dos pacientes referente às suas vivências durante seu período de internação na UTI.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.

A análise e discussão dos resultados deste estudo, de natureza qualitativa, serão representadas através de um quadro e da transcrição na íntegra, das respostas dos sujeitos da pesquisa que foram analisadas de forma crítica de acordo com a metodologia de orientações teóricas empregadas neste estudo e posteriormente discutidas a luz da literatura, foram cruzadas as informações no intuito de obter informações sobre como ocorre o processo de humanização na UTI. Para a exposição das opiniões e percepções dos investigados serão utilizados nomes de sentimentos para tentarmos aproximar-nos do termo humanização.

Instrumento de coleta de dados voltados aos profissionais Enfermeiros tipo questionário.

Questão 1) Qual o significado de humanização para você?

Amor: consiste na assistência destinada ao paciente no intuito de contemplá-lo no sócioespírito, tendo como base a individualidade do cuidar e no atendimento às necessidades básicas dos mesmos.

Alegria: É se colocar no lugar do outro, é valorizar e respeitar o ser humano em todas as suas necessidades sejam elas biológicas, materiais e espirituais. É ser sensível, generoso e humano.

Felicidade: humanizar significa olhar o outro com entendimento, sensibilidade, atenção, significa cuidar.

Confiança: prestar assistência individualizada, considerando determinado ser humano como ser único, sanando suas necessidades humanas (biopsico-socioespírito) próprias,

estabelecendo com o mesmo, uma relação de respeito e confiança.

Durante a análise da questão 3, percebe-se que há diversas opiniões entre os pesquisados, podendo assim descrever os significados encontrados como a assistência prestada ao cliente de forma individualizada, colocando-se no lugar do outro, sendo ainda compreendida como cuidar do paciente, com intuito de completá-lo, sendo generoso, sensível e humano, valorizando-o e respeitando-o, estabelecendo uma relação de confiança e cuidando do paciente como ser único.

Segundo Salicio & Gaiva (2006), a humanização para os enfermeiros implica em oferecer cuidado integral ao paciente, englobando o contexto familiar e social, o ambiente de trabalho e a equipe de saúde. Os autores ainda afirmam que os enfermeiros relacionam o cuidado humanizado a um ambiente agradável e mais próximo da realidade do paciente, pois ele tem influência direta no bem-estar do cliente, família e da equipe de saúde. Para Salicio & Gaiva (2006), quando se referem ao conceito de humanização, os enfermeiros focalizam o cuidado ao sentimento de respeito e dignidade do paciente. Admitem que cuidar humanamente consiste em tratar o paciente como gostaria de ser tratado.

De acordo com Backes, Lunardi Filho & Lunardi (2006), humanização é muito mais que um artifício, uma técnica ou apenas uma intervenção. Significa estreitar relações inter-profissionais, que possibilitem aos trabalhadores reconhecer a interdependência e a complementaridade de suas ações, permitindo que o coração, junto à razão, se manifeste nas relações de trabalho do dia-a-dia. Enquanto pesquisadoras acreditamos

que a humanização é um conjunto de ações voltadas ao paciente, que visam atendê-lo como um todo, colocando em prática a visão holística sobre o paciente, visando a individualidade do atendimento prestado, devendo haver uma comunicação efetiva entre a equipe, paciente e família, estabelecendo uma relação de confiança.

Questão 2) Você considera que assistência prestada por você e pela equipe de enfermagem da UTI é humanizada? Por quê?

Amor: sim, contemplamos as idéias do paciente não somente no que consume o nível de doença, avaliamos qual sua necessidade para amenizar o sofrimento e desejo momentâneo, trazemos a família como nossa aliada, principalmente no momento da visita. Trabalhamos em oferecer conforto aos familiares e como reflexo transmitir esse sentimento ao paciente. O trabalho é de fato em equipe.

Alegria: sim, tentamos atender o paciente na sua individualidade, atendendo suas necessidades biológicas, materiais, e espirituais. O seu discurso para equipe e a minha prática é se colocar no lugar do paciente para tentar amenizar seu sofrimento e sua melhor adaptação na UTI apesar de existirem ações humanizadas isoladamente.

Felicidade: sim, sempre orientamos e tentamos fazer com que a equipe agregue e pratique a humanização. O ser humano é muito falho, às vezes nos deparamos sim, com atitudes, digamos não tão humanizadas, mas a idéia é não desistir nunca.

Confiança: sim, mantemos comunicação com o paciente e damos oportunidade para que ele

possa fazer também com seus familiares; ambos são informados da evolução do paciente e procedimentos.

Analisando a questão 2, podemos perceber que todos os sujeitos apresentam as mesmas opiniões em relação a assistência prestada pela equipe de enfermagem. Mas há também uma divergência quanto à justificativa, onde foi citado que apesar de realizarem uma assistência humanizada, existe ainda ações “não tão humanizadas” por parte de alguns profissionais. “Mas persiste para que a equipe pratique a humanização” durante a assistência prestada ao paciente.

Segundo Salicio & Gaiva (2006), a humanização da assistência está diretamente ligada, ao diálogo com o paciente e a sua família. A informação, orientação, dedicação, a identificação do paciente pelo nome, com o intuito de personalizar e individualizar o cuidado. São elementos fundamentais para a humanização da assistência prestada. De acordo com Carneiro (2008), para o profissional enfermeiro promover um atendimento acolhedor ao paciente e seus familiares, não significa ter que gastar mais tempo. Mas sim fazer o bom uso das palavras, com expressões de carinho, segurança e conforto. É também necessário; tentar compreender, ser solidário, estar disponível, ter interesse pelo outro e ouvi-lo.

Para que os profissionais de saúde/enfermagem possam prestar uma assistência de qualidade e humanizada, se faz necessário ter sua dignidade e condição humana respeitada, recebendo uma remuneração justa, condições adequadas de trabalho

e ter seu trabalho reconhecido e valorizado (BACKES et al, 2006 *Apud* SALICIO & GAIVA, 2006, s/p).

Enquanto autoras deste trabalho percebemos que, a assistência prestada pelos profissionais enfermeiros e pela maioria dos componentes da equipe de enfermagem é humanizada, pois há um comprometimento pessoal com o bem estar e o conforto do paciente, respeitando a individualidade de cada um. Mas ainda há alguns profissionais que não praticam a humanização da assistência, o que foi percebido por nos autoras durante o período observação participante, pois os profissionais enfermeiros possuem uma comunicação eficaz com o cliente e família, além do que já foi citado acima.

Questão 3) Quais os fatores que interferem na prestação de uma assistência humanizada na UTI e quais os fatores indispensáveis para prestação dessa assistência?

Amor: * a carga excessiva, o número reduzido de funcionários (sobrecarga).

* Colocar-se no lugar do outro: este é o primeiro passo para iniciar o processo de humanização.

Alegria: * falta de recurso material: como televisão para todos, cadeiras e som para todos, biombos e banheiros para cada Box; recursos humanos; comunicação verbal ausente, falta de tempo, excesso de atividades administrativas e sobrecarga de trabalho.

* Aumento do número de visitas, boletim médico mais claro.

Felicidade: * tempo, demanda de serviço, atividades burocráticas, que muitas vezes nos afastam de uma aproximação corpo a corpo com o paciente.

Confiança: * dinâmica da unidade: ocupação freqüente em urgências e emergências, múltiplos procedimentos, falta de privacidade, tempo na supervisão da equipe de técnicos de enfermagem e outras equipes presentes, cumprimento de rotinas e cuidados a múltiplos pacientes.

*Fator tempo, colaboração das equipes e recursos materiais.

Durante a análise da questão 3, percebe-se que a maioria dos sujeitos pesquisados, apresentam as mesmas opiniões quanto aos fatores que interferem na prestação da assistência humanizada, que são a dinâmica da unidade, a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos naturais e humanos e ainda a falta de comunicação. Ainda os sujeitos da pesquisa apresentam opiniões diversas quanto aos fatores que são indispensáveis para a assistência humanizada, os quais foram citados que o 1º passo para a assistência humanizada é colocar-se no lugar do outro.

Para Silva (2008), o primeiro passo para favorecer uma assistência humanizada ao paciente crítico é cuidando de quem cuida, pois é fundamental para que este possa oferecer um cuidado terapêutico para os outros. Pois seria este o principal passo da ética do cuidado. Contudo, a valorização do profissional enquanto indivíduo biopsicossocial e uma maior motivação seja ela uma alimentação adequada, um local para descanso ou mesmo um salário justo.

Matsuda et al (2007), afirma que uma medida importante para favorecer a humanização do cuidado é o inter-relacionamento entre a equipe que consiste no respeito à individualidade da pessoa. Afirma ainda que a satisfação profissional deva ser o primordial e indispensável fator para a promoção de uma assistência de qualidade e humanizada.

Conforme Gomes, Lunardi Filho & Erdmann (2006), alguns fatores interferem na prestação da assistência humanizada são as condições de trabalho dos profissionais da enfermagem. E entre eles podemos destacar o avanço acelerado da tecnologia na área da saúde, a grande diversidade de procedimentos a serem realizados, a necessidade de estar sempre atualizando seus conhecimentos teóricos e práticos, o ambiente físico, o estresse, o cansaço e o contato com o cliente frente a dor e a morte são elementos que potencializam a carga de trabalho, ocasionando mal estar físico e mental da equipe de trabalho hospitalar, desfavorecendo assim a assistência humanizada.

Para Leite, Nunes & Beltrome (2003) apud Sousa & Reis (2007), o estado psicológico, físico e mental dos profissionais de saúde está intimamente ligado ao cuidado humanizado. E que o cansaço físico, o número insuficiente de profissionais de enfermagem, as duplas e triplas jornadas de trabalho são fortes fatores desfavoráveis à prática do cuidado humanizado.

Enquanto pesquisadoras concordamos que, o fator principal e indispensável para a prestação de uma assistência humanizada é cuidando do profissional de saúde, para que esse possa oferecer uma assistência humanizada ao paciente, pois

o cuidado humanizado está intimamente ligado com o profissional que o executa. Outro fator que favorece a humanização da assistência é o inter-relacionamento entre a equipe, este por sua vez deve ter como base o respeito. Entre os fatores que desfavorecem ou dificulta a humanização da assistência são o ambiente físico, o estresse, o cansaço, e a carga excessiva de trabalho, o número reduzido de funcionários e a insatisfação profissional.

Durante a observação na UTI podemos constatar que os dentre os principais fatores indispensáveis para a prestação de uma assistência humanizada são o cuidado com o profissional e a satisfação profissional, assim constatamos que o principal fator que desfavorece a humanização da assistência é a insatisfação profissional.

Questão 4) Você concorda que a prestação de uma assistência humanizada pode influenciar na recuperação do paciente?

Amor: sim, indubitavelmente.

Alegria: sim, o paciente quando se sente amado, respeitado e seguro adere muito mais ao tratamento, pois há confiança na equipe multiprofissional.

Felicidade: claro, tanto acredito, que temos vários exemplos no nosso dia-a- dia.

Confiança: sim, melhora o entendimento do processo da doença e tratamento. Cria elo de confiança com a equipe e enfrentamento do processo com esperança.

Frente a esta questão percebe-se que houve

unanimidade nas respostas onde todos os enfermeiros pesquisados afirmaram que a prestação de uma assistência humanizada influência na recuperação do paciente, o pesquisado com o nome de alegria ressalta que quando o paciente se sente amado, respeitado e seguro adere muito mais ao tratamento.

Segundo Salicio & Gaiva (2006) O cuidado humanizado, o ambiente agradável e mais próximo da realidade do paciente, tem influência direta na recuperação do paciente e no bem-estar do cliente, família e da equipe de saúde. Nascimento & Caetano (2003), afirmam que alguns especialistas são unânimes em assinalar que os fatores estressantes que existem na UTI, e a assistência desumana provocam nos pacientes frequentes ações psicológicas, como o medo, a ansiedade, a insegurança e a depressão. Estas reações costumam reduzir ou mesmo anular os efeitos benéficos do tratamento intensivo.

Enquanto pesquisadoras acreditamos que a prestação de uma assistência humanizada, age de forma direta na recuperação do paciente.

Questão 5) Você enquanto profissional dedica parte do seu tempo de trabalho ao diálogo com o paciente com intuito de personalizar e individualizar o cuidado? Ou você acha não ser possível á realização deste diálogo? Por quê?

Amor: sim, o diálogo é possível, depois de alguns contatos, o paciente consegue entender o propósito do seu cuidado sente mais confiança em você, tem você como foco principal no cuidado (falo de pacientes conscientes). Vale ressaltar que tal contato pode deve ser realizado com aquele com baixo nível de consciência, no intuito de

mantê-lo em contato com o meio externo, através de estímulos.

Alegria: sim, pois isso é humanizar é oferecer um serviço de qualidade, atendendo às necessidades individuais dos pacientes.

Felicidade: sim, todos os pacientes que permanecem mais alertas, procuro me comunicar com os mesmos, bem como comatosos, precisam ser orientados também quanto a procedimentos.

Confiança: sim, dedico-me em dialogar com paciente sempre que este tem condições.

Frente a esta questão, compreende-se que todos os enfermeiros desta pesquisa têm a mesma opinião em relação à comunicação com o paciente, pois todos acreditam ser possível à realização do diálogo com o paciente, e dedicam parte de seu tempo para esse diálogo, mas apresentam diferentes motivos para a realização deste.

Segundo Oliveira & Gusmão (2008) a comunicação é fator principal na busca de uma assistência humanizada ao cliente. A enfermagem é basicamente um processo de interação humana, e a comunicação é a parte central desse processo, construindo-se em um dos instrumentos mais significativos no agir do enfermeiro. Os autores afirmam ainda que não há humanização sem comunicação.

“A comunicação é um instrumento básico para o cuidar da enfermagem. É o meio pelo qual esses profissionais expressam o seu cuidado” (CARNEIRO, 2008. p. 392.) Inada & Silva (2006), explicam que a comunicação é fundamental para o cuidado e está vinculada a prática de enfermagem,

no entanto ela é essencial para atender as necessidades humanas básicas afetadas para identificar e solucionar os problemas do paciente no intuito de compreendê-lo como um todo, ou seja, no seu modo de pensar, sentir e agir. De acordo com os nossos conhecimentos enquanto autoras desta pesquisa concordamos ser possível a dedicação de um tempo para a comunicação entre enfermeiro e paciente. Ainda observamos que os enfermeiros dedicam parte de seu tempo a comunicação com os pacientes conscientes.

Enquanto pesquisadoras acreditamos que a comunicação é uma forma pela qual os profissionais expressam o cuidar, e observamos durante os dois dias de observação participante na UTI, que os profissionais enfermeiros dedicam parte de seu tempo ao diálogo com o paciente, como forma de atender a o paciente com individualidade e carinho.

Questão 6) Você informa e orienta o paciente quanto à terapêutica realizada administração de medicamentos, procedimentos a serem realizados?

Amor: com certeza sim, pacientes conscientes ou inconscientes tem o direito a estas informações.

Alegria: *sim, mesmo os pacientes em coma devem ser informados.*

Felicidade: *sim.*

Confiança: *sim.*

Durante a análise da questão 6, os sujeitos pesquisados apresentam unanimidade nas respostas, todos informam e orientam

os pacientes quanto a terapêutica e os procedimentos realizados, independentemente do seu nível de consciência, esta foi constatada por nós pesquisadoras pois, durante o período de observação na UTI do HRA, percebemos que os profissionais enfermeiros orientam o paciente sobre o procedimento e a terapêutica realizada.

Segundo Mussi *et al* (2007), todos os pacientes possuem o direito a um atendimento mais humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Necessitando assim ser identificado pelo nome e sobrenome, visto que não deve ser chamado pelo nome de sua doença ou do agravo à saúde, pois isto demonstraria uma forma de tratamento imprópria, desrespeitosa ou até mesmo preconceituosa.

Ainda segundo Mussi *et al* (2007), é fundamental, que os pacientes, família e comunidade sejam orientados, sobre o tratamento e cuidados de enfermagem prestados, respeitando sempre sua individualidade e cultura. Segundo Salicio & Gaiva (2006), a humanização ainda está diretamente ligada, ao diálogo com o paciente e a sua família. A informação, orientação, dedicação, a identificação do paciente pelo nome, com o intuito de personalizar e individualizar o cuidado. São elementos fundamentais para a humanização da assistência prestada.

Enquanto pesquisadores observamos que o paciente tem o direito de ser informado e orientado quanto a qualquer procedimento a ser realizado, é dever de todos profissionais de saúde informar quanto a terapêutica a ser realizada.

Questão 7) Você considera a tecnologia um desafio para a humanização da assistência no seu

local de trabalho (UTI)? Justifique a sua resposta.

Amor: não. A máquina funciona como terapêutica, nada substitui o toque, a palavra amiga, a emoção de ser cuidado.

Alegria: digo parcialmente, pois a tecnologia ajuda e auxilia a equipe, mas nunca irá substituir o toque, o dialogo, a escuta, o olhar. E quando você estar a beira do leito, numa UTI, distante de seus familiares, num ambiente que as vezes se torna hostil pelos barulhos, espaço físico e atitudes mecanicistas de certo profissionais, você clama por aproximação do cuidado que apresenta essas características acima citadas.

Felicidade: sim, a tecnologia ao meu ver muitas vezes nos afasta da aproximação com o paciente, ficamos muito mecanicista, dando ênfase maior ao que temos que manipular, e esquecemos de informar, de perceber a apreensão dos pacientes aos aparelhos e todos artefatos existentes na unidades.

Confiança: *sim, um desafio em sobressai-la, pois a tecnologia está cada vez mais avançada, e ao mesmo tempo que a edificamos, não podemos dar espaço para ficarmos distantes do paciente.*

Frente à esta questão percebe-se que os enfermeiros pesquisados apresentam opiniões diferentes quanto à tecnologia ser um desafio para a humanização da assistência prestada, mas dois sujeitos da pesquisa, o amor e a alegria apresentam a mesma citação durante a sua justificativa: “a máquina nunca substituirá o toque”. **Percebemos durante nosso período de observação na UTI do HRA que os enfermeiros desta unidade utilizam a tecnologia de como um**

instrumento para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente.

Segundo Silva in Cintra, Nishide & Nunes (2008) não se questiona a existência de um local onde a tecnologia é colocada á disposição da manutenção da vida, onde a observação é constante e intensiva, que muitas situações limites são revertidas a favor da vida. O que se questiona é até que ponto o progresso científico técnico é saudável e promove o crescimento e a harmonização das pessoas. Ainda segundo esses autores, estamos vivendo um momento onde a tecnologia parece se revoltar contra o homem. O desenvolvimento e a aprimoramento tecnológico, atingiram proporções irreversíveis; mas ressalta que a tecnologia, não deve ser extinta, pois a mesma em si não é maléfica e nem benéfica, mas sim depende de como a usamos.

Segundo Collet & Rozendo, (2003) apud Salicio & Gaiva (2006) os desafios do processo de humanização da assistência e das relações de trabalho enfrentados, implicam na superação da importância dada à competência tecnocientífica, a superação dos padrões rotineiros, enraizados e cristalizados em produzir atos em saúde; a construção da utopia da humanização como um processo coletivo impossível de ser alcançado e implementado.

Enquanto pesquisadoras acreditamos que a tecnologia passa a ser um desafio para a humanização da assistência quando o enfermeiro dá mais importância a tecnologia, deixando o tecnicismo impor ao ser humano. Para que este fato não ocorra a equipe de enfermagem deve usar a tecnologia de forma criativa e humana, para assim melhorar a qualidade da assistência

prestada. Assim a tecnologia não deve interferir na assistência prestada, e nem reduzir o nosso poder de observação sobre o paciente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização da assistência na UTI, nasce na tentativa de enriquecer a assistência prestada aos pacientes críticos e seus familiares e as condições de tratamento da equipe multidisciplinar nas UTIs. Além disso, a humanização é um instrumento fundamental para o cuidar em enfermagem, sendo assim consideramos que este trabalho foi extremamente importante e enriquecedor, pois nos acrescentou novos conhecimentos que serviram como alicerce e serão utilizados no decorrer de nossa vida profissional e pessoal.

Ao desenvolver este tema em nosso trabalho de conclusão de curso, o nosso objetivo primordial centrou-se na compreensão do processo de humanização na UTI do H.R.A, através da visão do enfermeiro e do paciente desta unidade, para a partir daí, demonstramos aos profissionais enfermeiros, através da publicação dos resultados dessa pesquisa, que a humanização da assistência de enfermagem na UTI é de suma importância para a prestação de uma assistência de qualidade ao paciente/cliente, pois a esta age de maneira direta sobre a recuperação do paciente.

Os objetivos deste estudo foram alcançados, pois verificamos as opiniões dos pacientes sobre suas experiências vivenciadas durante seu período de internação na UTI do H.R.A, que segundo os relatos dos pacientes, suas experiências foram positivas, pois todos consideram a assistência prestada pela equipe de enfermagem é humanizada, pois sentiram-se satisfeitos, seguros, bem cuidados,

com suas necessidades individuais atendidas, além disso, relatam serem gratos a toda equipe, por terem salvo suas vidas.

Em relação ao nosso segundo objetivo, investigar a opinião dos profissionais enfermeiros que trabalham na UTI do H.R.A, a respeito das intervenções que caracterizam a assistência humanizada, concluímos a partir da avaliação das respostas dos enfermeiros que todos conhecem e praticam a humanização durante sua jornada de trabalho, onde a humanização é vista como um conjunto de ações que visam completar o paciente em todas as suas dimensões sócio-psico e espiritualmente, de acordo com a individualidade de cada um, ainda podemos observar que os mesmos acreditam que a humanização da assistência de enfermagem age de forma direta sobre a recuperação do paciente.

Assim contemplamos este objetivo, pois através desta investigação de opiniões, onde podemos concluir que os enfermeiros da UTI, se preocupam com o bem estar do paciente, com o controle da dor, prestam a assistência com carinho, atenção e respeito ao paciente, pois há um comprometimento pessoal com o bem estar e o conforto do paciente, respeitando a individualidade de cada um, e atendendo as necessidades básicas dos mesmos, dentro de seus limites, em relação as rotinas da unidade.

Da mesma forma que contemplamos o primeiro e o segundo objetivo, o terceiro foi contemplado, pois comparamos as opiniões dos sujeitos pesquisados com a literatura recente acerca da humanização na UTI do H.R.A, observamos que a maioria das respostas do sujeitos pesquisados são coerentes com a literatura recente, identificamos que

humanização é concebido como o atendimento das necessidades biopsicoespiritalmente do individuo, tanto no contexto de trabalho, quanto do usuário. Assim humanização não é uma técnica ou muito menos um artifício, e sim um processo vivencial que permeia toda atividade local, dando, o tratamento merecido e necessário ao pacientes.

Ainda observamos durante duas horas em cada turno dos dias 26 e 27 de abril na UTI, onde percebemos que a maioria dos componentes da equipe e enfermagem realizam uma assistência humanizada, onde a qual é percebida e relatada pelos pacientes pesquisados. De acordo com a nossa pesquisa realizada, o problema de pesquisa foi respondido, visto que compreendemos como ocorre o processo de humanização na UTI do H.R.A, percebemos a assistência de enfermagem na UTI é humanizada, sendo que nem todos os componentes da equipe de enfermagem realizam na sua integralidade. A humanização nesta unidade ocorre por meio do diálogo, do toque, do olho no olho, através de um estabelecimento de relação de confiança entre paciente e família, através do comprometimento dos profissionais na garantia de prestar uma assistência integral aos pacientes.

Após a análise e interpretação dos dados percebemos que a nossa hipótese foi negada, pois presumimos que a equipe de enfermagem realizava cuidados com enfoque tecnicista frente à ausência de rotinas mais humanizadas, que contribuísse para este aspecto, onde a tecnologia se sobrepõem ao cuidado humano levando a insatisfação profissional, e uma carência no atendimento humanizado ao cliente, mas ao final da pesquisa observamos que, apenas uma minoria da equipe de enfermagem realiza cuidados com

enfoque tecnista, talvez pelo fato de que, sua formação técnica não trabalha a questão de humanização como um instrumento fundamental e de extrema importância na prestação da assistência de enfermagem.

Contudo podemos afirmar que com a humanização da assistência de enfermagem na UTI é de suma importância, pois esta unidade é vista como um local frio e desesperançoso e desperta uma imensidade de sentimentos, sensações e emoções como medo, ansiedade, depressão, tensão e angústias em todos que estão nesta unidade, na equipe de enfermagem, nos pacientes e em seus familiares.

A humanização na UTI minimiza os impactos causados pela internação na UTI, e influência de maneira positiva na recuperação do paciente, e promove a satisfação profissional, mas para tal é necessário que, a equipe principalmente os enfermeiros utilizem a tecnologia aliada a empatia, a fim de proporcionar um cuidado seguro, responsável, ético e humanizado em uma realidade frágil, já que cuidar em unidades críticas é um ato de amor, a qual está vinculada motivação, comprometimento e a postura ética e moral.

6. RECOMENDAÇÕES

A humanização está intimamente ligada ao ser humano, pois este faz parte de sua essência humana. A humanização envolve alguns aspectos, necessários para ser colocada em prática.

Para a Faculdade de Enfermagem:

- Recomendamos que o ITPAC abra novos espaços para se trabalhar o tema

humanização, pois acreditamos que a faculdade é uma instituição educadora é incentivadora de estudos científicos.

- Que inclua na estrutura curricular dos cursos da área da saúde o conteúdo de humanização, visando conscientizar e preparar os acadêmicos do seu importante papel como cuidadores.

Para os acadêmicos do curso de enfermagem do ITAC:

- Para que possam fortalecer seus alicerces de trabalho através do respeito, amor, carinho aos seus pacientes, respeitando-os, desde sua admissão até depois da sua morte, valorizando sempre sua individualidade, diferenças, valores, prestando uma assistência de enfermagem humanizada e de qualidade.
- Recomendamos aqueles que durante os estágios principalmente na UTI, ao se defrontarem com sentimentos que requerem ações humanas, que cuidem com carinho e respeito, e se coloquem no lugar do outro.
- Que realizem mais pesquisas, aprofundando e refletindo sobre sua formação profissional, pois fazer faculdade não é somente estudar conteúdos pré-determinados.

Para Instituição Hospitalar:

- Promover encontros entre os profissionais de saúde a fim de

proporcionar uma maior abordagem sobre a humanização, relacionando com temas da área da saúde, oferecendo assim cada vez mais qualidade no cuidados prestado ao paciente na UTI e em todas as unidades da instituição.

- Oferecer mecanismos que proporcionem aos profissionais um maior incentivo, para que estes possam vir a desempenhar suas funções com mais amor, carinho e respeito humano.

Para os enfermeiros:

- Sugerimos que os enfermeiros contagem todos da equipe de enfermagem, para que todos realizem uma assistência humanizada, transformando a UTI num local menos frio, agressivo e desesperançoso.

- Que continuem Proporcionando um cuidado humano, com cada vez mais atenção, estando junto aos familiares, informando sobre o estado do paciente, interagindo com todos da equipe e pacientes, oferecendo apoio durante a internação do paciente na UTI.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. Pesquisa Científica. *in*. --- **Como Preparar Trabalhos para Cursos de Pós-Graduação: Noções Práticas**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. cap. 1-36.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de Metodologia Científica: Um guia para a iniciação científica**. 2.ed. São Paulo: Pearson, 2004.p.104.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D. ; LUNARDI, Valéria Lerch. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v.40, n. 2, p. 221-227. julho, 2006.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D. ; LUNARDI, Valéria Lerch. A Construção de um Ambiente de Cuidado Humano: percepção dos integrantes do grupo de humanização. **Revista Nursing**. Brasil, v.101, n. 9, p.1057-1063, outubro. 2006.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar**. 14. ed . Petrópolis – Rio de Janeiro : Vozes . 2008. p. 199 .

BRENNER, Eliane de Moraes; JESUS, Dalena Maria Nascimento de. O Trabalho Acadêmico. *in*:---. **Manual de Planejamento e Apresentação de Trabalhos Acadêmicos: projeto de pesquisa, Monografia e Artigo**. São Paulo: Atlas. 2007, cap.3.p.13-26.

BOLELA, Fabiana; JERICÓ, Marli de Carvalho. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Revista de enfermagem Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.10, n.2, ago/2006. Disponível em: <http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo> [acessado em 12 de Nov.2008].

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin, et al. A Cultura Permeando os Sentimentos e as Reações Frente a dor. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 41, n. 1, p.36-43, março/2007.

- CARNEIRO, Taize Muritiba. Vivenciando o Cuidar e o Curar como Familiar em um Hospital **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasil, v.61,n.3, p.391-394.Maio/Jun.2008.
- CHAVES, Edna Maria Camelo *et al.* Humanização e Tecnologia na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Nursing**. edição Brasileira,v.113,n.10,p.435-482.outubro.2007.
- CROSSETTI, Maria da graça Oliceira. O elemento Dialógico no cuidado de enfermagem:um ensaio com base em MARTIN BUBER. **Escola Ana Nery,revista de enfermagem**. Rio de Janeiro,v.12,n.3,p.544-548.setembro/2008.
- FARIAS, Maria do Carmo Andrade D. de; VARELA, Zulena Maria de Vasconcelos; Oliveira, Francisca Bezerra de. Retração Social em Enfermagem Comunitária: um estilo de cuidado. **Revista Nursing**. Brasil, v.101, n.9, p.1050 - 1056. Out/2006.
- GUARESCHI, Ana Paula Dias; PINTO, Júlia Pires. O Enfermeiro como Cuidador na Perspectiva da Enfermagem Pediátrica. **Revista Nursing**. Brasil, v. 108, n. 9, p.234-237, maio/2007.
- GOMES, Giovana Calcagno; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O Sofrimento Psíquico em Trabalhadores de UTI Interferindo no seu Modo de Viver a Enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, n. 4, p.93-99, janeiro/março 2006.
- GOMES, Antônio Marcos Tositi; OLIVEIRA, Denize Cristina de. A Enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: Representações do papel do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 156-161. Abril/Junho de 2008.
- INADA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da. A Percepção da Comunicação da Enfermagem pelos Deficientes Físicos. **Revista Nursing**. v. 88, n. 8, p.414-418 setembro/2005.
- LIMA, Adriana Brailt; SANTA ROSA, Darci O. O Sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.43, n.3, p.547-551. set/2008.
- LUNNEY, Margaret. O pensamento critico no Diagnóstico de Enfermagem In: ---. **pensamento critico e Diagnóstico de Enfermagem**: Estudo de caso e análise.Porto Alegre: Artmed, 2004 parte I,p.21-38.
- LUNARDI, Zélia Maria; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Convivendo com a Morte e o Morrer no Cotidiano de Cuidado da Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Nursing**. Brasil. v.92, n. 9,p.617 – 621. jan/2006.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007, p.243.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008,p.235.
- MARX, Lore Cecília & MORITA, Luiza Chitose. Pressupostos Históricos de Gerenciamento de Enfermagem. In: ---**Manual de Gerenciamento de Enfermagem**. 2. ed.São Paulo: EPUB- Editora de Publicações Biomédicas.cap.1,5-22.
- MATSUDA, Laura Misue et al. O cuidado de quem cuida: reflexões acerca da (des) humanização do enfermeiro. **Revista Nursing**. Barueri-SP, v. 109, n. 10. p.281-286. Jun/2007.
- MATSUDA, Laura Misue; SILVA, Neuza da; TILSOLIN, Ana Maria. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós - internação de uma UTI-adulto. **Acta SciHealthSci**. Paraná v.25, n.2. [online] 2003. p.163-170 Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs> [acessado em 15 de Nov.2008].
- MILLIANI, Helena de Fátima B. & VALENTE, Maria Luiza L. de Castro. A Família e a Internação em UTI: a doença e a morte no Hospital Regional de Assi-SP. **Revista Nursing**. Brasil, v.120, n.11 p.235-242, Maio/2008.
- MUSSI, Nair Miyamoto. *et al.* Princípios Gerais. in: ---. **Técnica Fundamentais de Enfermagem**: Princípios Gerais. 2.ed. Atheneu, 2007.cap.1, p.1-17.
- MOTTA, Maria da Graça.Cuidado Humanizado No Ensino de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF). v. 57, n. 6, p.758-760. Nov/dez, 2004.
- NASCIMENTO, Adriana Rats; CAETANO, Joselany Afio. Pacientes de UTI: Perspectivas e Sentimentos Revelados. **Revista Nursing**. Brasil. v.57, n.6, p. 12-17, Fevereiro /2003.
- NERY, Adriano Alves; PINHEIRO, Gleide Magali Lemos; OLIVEIRA, Zulmerinda Meira. Dimensão da Dor: Repensando o Cuidado de Enfermagem. **Revista Enfermagem Atual**. São Paulo, v. 5, n. 29, p.27-31, setembro/outubro de 2005.
- NEVES, José Luis. Pesquisa Qualitativa caracteriticas, usos e possibilidades.**Caderno de Pesquisa em administração**. São Paulo. v.1, n.3, 2º sem/1996. Disponível em: <http://www.ead.fea.br/cad-pesq/arquivos/co3-art06.pdf> [acessado em 15 de Nov.2008].
- OLIVEIRA, Patrícia Tardochi de; GUSMÃO, Lyvia Maranhão. O Processo de Comunicação em um ambiente de UTI. **Revista intensiva**. Brasil. ano 3. n. 13, p.16 – 18. Abril/Maio de 2008.
- OLIVEIRA, Fabiana Paula de; SANTOS, Gisele Simas dos; SILVA, Luciana Simões. A Percepção do Paciente sobre sua Permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Nursing**. São Paulo. v.60,n.6,p.37-42. Maio/2003.
- PRADO, Cláudia; SANTOS, Suely Santos. Reflexões sobre o Processo de Humanização da Equipe de Enfermagem. **Revista Nursing**.São Paulo,v.11,n.119,p.189-194. Abril/2008.
- PINHO, Lícia Maria Oliveira; BARBOSA, Maria Alves Souza. A Morte e o Morrer no Cotidiano de Enfermagem. **Revista**

de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 243-247. Abr/Jun. 2008.

RESOLUÇÃO N°196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. p. 1-11. Disponível em: <http://www.ufgs.br/propesq/res19696.htm>.09/11/2004. Acesso em 10/11/2008.

SALICIO, D.M.B.S.; GAIVA, M.A.M; PINHO, L.M.O. O Significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam na UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [online].p.370–376, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v_8_n_3_a_08.htm [Acesso em 10 de Out. 2008].

SERRA, Jose; Ministério da Saúde(BR). **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)** Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br> [acessado em 19 de Nov.2008].).

SERRA, Jose. **Programa Nacional de Humanização (PNH)** Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br> [acessado em 19 de Nov.2008].

SILVA, Robson Fernando Vieira da, *et al.* A Comunicação entre enfermeiros e pacientes no setor de Emergência. **Emergência Clínica** resgate medicina enfermagem. Brasil,ano 3,n.10. p. 8-13. 2008.

SILVA, Maria Julia Paes da. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva.*In*: CINTRA,Eliane de Araújo; NISHIDE,Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2.ed. São Paulo: Atheneu,2008, cap.1 p. 1-11.

SILVA, Júlia Paes da; SILVA, **Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde** 5. ed. São Paulo: Edições LOYOLA, 2007. p. 133.

STEFANELLI, Maguida Costa. Conceitos Teóricos sobre Comunicação. In: STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de. **A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem**. Barueri-SP: Manole, 2005. Cap. 3. p. 28-45,159.

STEFANELLO, Carlise et al. Processo de enfermagem, o caminho a ser percorrido. **Revista de enfermagem/ Universidade das Regionais Integrada do Alto Uruguai e Missões, Campus de Frederico Westphalen**. Frederico Westphalen: URI, v.1, n. 1, mai/2005.

SHIRATORI, Kaneji *et al.* O sentido de Ser Humano: Uma base reflexiva para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem URJ**. Rio de Janeiro. v. 11 n .2, p. 212-216. Maio/Agost de 2003.

SOUSA, Lucivânia Santana; REIS, Neita Karla Medeiros. **A Atuação da Equipe de Enfermagem frente ao Cuidado Humanizado no contexto da prática profissional, nas Unidades de Clínica Médica – PS e UTI do Hospital de Referência de Araguaína – TO**. Araguaína. Novembro de 2007.p. 11 – 52.

TEASDALE, G.; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. **Lancet** 1974,2:81-84. PMID 4136544. Disponível em: <http://www.wikipedia.com.br> [acessado em 20 de Nov.2008].